

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

**TOPLUMSAL CİNSİYET BAĞLAMINDA SAĞLIK VE
HASTALIK: BİR SAĞLIK SOSYOLOJİSİ ÇALIŞMASI
(KARAMAN ÖRNEĞİ)**

Oya ERYİĞİT GÜNLER

DOKTORA TEZİ

Danışman

Prof. Dr. Mahmut ATAY

Konya 2017



T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü
Bilimsel Etik Sayfası



Öğrencinin	Adı Soyadı	Oya ERYİĞİT GÜNLER		
	Numarası	114105001006		
	Ana Bilim / Bilim Dalı			
	Programı	Tezli Yüksek Lisans	☐	Doktora ☒
	Tezin Adı Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Sağlık ve Hastalık: Bir Sağlık Sosyoloji Çalışması (Karaman Örneği)			

Bu tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

(İmza)



T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Doktora Tezi Kabul Formu

Öğrencinin	Adı Soyadı	Oya ERYİĞİT GÜNLER
	Numarası	114105001006
	Ana Bilim / Bilim Dalı	Sosyoloji/Sosyoloji
	Programı	Tezli Yüksek Lisans ☐ Doktora ☒
	Tez Danışmanı	Prof. Dr. Mahmut ATAY
	Tezin Adı	Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Sağlık ve Hastalık: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması (Karaman Örneği)

Yukarıda adı geçen öğrenci tarafından hazırlanan “Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Sağlık ve Hastalık: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması (Karaman Örneği)” başlıklı bu çalışma 19/09/2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak, jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı Soyadı	Danışman ve Üyeler
Prof. Dr. Mahmut ATAY	Danışman
Prof. Dr. Köksal ALVER	Üye
Prof. Dr. Abdullah KOÇAK	Üye
Doç. Dr. Mehmet BİREKUL	Üye
Yrd. Doç. Dr. Erhan TECİM	Üye

İmza

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada adını sayamayacağım kadar kişinin emeği bulunmaktadır. Öncelikle tez yazma sürecinde işlerimi kolaylaştıran ve desteğini esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Mahmut Atay'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Sağlık sosyolojisi konusunda çalışma yapmam için ilk olarak beni yönlendiren Prof. Dr. Abdullah Topçuoğlu ve Prof. Dr. Ramazan Yelken'e teşekkür ederim. Ayrıca tez yazma sürecinde yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Köksal Alver'e, Prof. Dr. Abdullah Koçak'a, Doç. Dr. Ahmet Zeki Ünal'a, Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ali Aydemir'e, Yrd. Doç. Dr. Erhan Tecim'e, Doç. Dr. Mehmet Birekul'a, Yrd. Doç. Dr. Hülya Ercan'a, Arş. Gör. Nilüfer Öztürk Aykaç'a teşekkür ederim. Tezimin uygulama kısmında verileri toplamama yardımcı olan öğrenci arkadaşlarıma teşekkür ederim. Son olarak da tezimi yazma hususunda desteklerini esirgemeyen annem Ayşe Eryiğit, babam İbrahim Eryiğit ve eşim Arş. Gör. Mevlüt Günler'e sonsuz teşekkür ederim.



T. C

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Öğrencinin	Adı Soyadı	Oya ERYİĞİT GÜNLER
	Numarası	114105001006
	Ana Bilim / Bilim Dalı	Sosyoloji
	Programı	Tezli Yüksek Lisans ☐ Doktora ☒
	Tez Danışmanı	Prof. Dr. Mahmut ATAY
	Tezin Adı	Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Sağlık ve Hastalık: Bir Sağlık Sosyoloji Çalışması (Karaman Örneği)

ÖZET

Sağlık ve hastalığın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları bulunmaktadır. Sosyolojinin bir alt alanı olan sağlık sosyolojisi sağlık ve hastalığın sosyal boyutlarını konu edinmektedir. Toplumda kişilerin sağlık statülerini, sağlık davranışlarını, riskli sağlık davranışlarını ve sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyen toplumsal etmenlerden biri toplumsal cinsiyettir. Dünyada ve Türkiye’de toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini ele alan çalışmalar genel olarak kadınlar üzerinde yapılmıştır. Sadece kadınlar üzerinde yapılan bu çalışmaların toplumsal cinsiyet ile sağlık ve hastalık ilişkisini gösterme bakımından yetersiz oldukları söylenebilir.

Toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalıklar üzerindeki etkilerini ele alan bu çalışma erkek ve kadınlar üzerinde yapılmıştır. Çalışmanın ilk bölümünde toplumsal cinsiyet, sağlık ve hastalıkla ilgili kavramlara yer verilmiştir. İkinci bölümde toplumsallaşma, medikalizasyon, medya, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve biyolojik farklılıkların erkek ve kadın sağlığı üzerindeki etkileri konu edilmiştir. Bu bölümde ayrıca toplumsal cinsiyetin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki etkileri, toplumsal cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve riskli sağlık davranışları ilişkisi konularına yer verilmiştir. Çalışmanın uygulama bölümünde Karaman ilinin altı mahallesinin örneklem alındığı bir anket çalışması yapılmıştır. 469 anketin cevapları frekans, crosstab, korelasyon, t testi, tek yönlü varyans analizi, ki kare gibi istatistikî teknikler kullanılarak analiz edilmiş ve çıkan sonuçlar yorumlanmıştır. Araştırmada toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerine ilişkin önemli bulgular elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Hastalık, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Toplumsal Cinsiyet



T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Öğrencinin	Adı Soyadı	Oya ERYİĞİT GÜNLER	
	Numarası	114105001006	
	Ana Bilim / Bilim Dalı	Sosyoloji	
	Programı	Tezli Yüksek Lisans ☐ Doktora ☒	
	Tez Danışmanı	Prof. Dr. Mahmut ATAY	
	Tezin İngilizce Adı	Gender in the Context of Health and Disease: A Study of Health Sociology (Karaman Example)	

SUMMARY

Health and illness have biological, psychological and social aspects. Medical sociology, which is a sub-branch of sociology, deals with social aspects of health and illness. In society, one of the social factors that determines people's health status, health behavior, risky health attitudes and access of health care services is gender. In the world and in Turkey, studies handling the effects of gender on health and illness is generally performed on women. It is possible to say that these studies which are only exercised on women are insufficient in terms of indicating the relationship between gender and health & illness.

This study, which deals with effects of gender and health and illnesses, is exercised on men and women. In the first part of the study, concepts related to gender, health and disease are mentioned. In the second part, socialization, medicalization, media, gender inequality, and the effects of biological differences on male and female health are entreated. Also, in this chapter, subjects such as gender's effects on physical and mental health, relationship of gender with healthy life behaviours and risky health behaviours are addressed. In the applied research part, a survey was carried out on a sample including six neighborhoods of Karaman. 469 survey answers were analyzed through statistical techniques such as frequency, crosstab, correlation, t test, one-way analysis of variance and results were interpreted. In the research, significant findings are achieved related to effects of gender on health and illness.

Key Words: Health, Illness, Health Lifestyle Behaviors, Gender

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
SUMMARY	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
GİRİŞ	1
BÖLÜM I.....	5
TOPLUMSAL CİNSİYET VE SAĞLIK- HASTALIK İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR.....	5
1.1. Toplumsal Cinsiyet ile İlgili Kavramlar	5
1.1.1. Cinsiyet – Toplumsal Cinsiyet.....	5
1.1.2. Cinsiyetin Toplumsallaşması.....	6
1.1.3. Toplumsal Cinsiyet Rollerı.....	8
1.1.4. Erkeklik ve Kadınlık.....	11
1.1.4.1. Ataerkil ve Modern Toplumlarda Erkeklik ve Kadınlık.....	12
1.2. Sağlık ve Hastalık ile İlgili Kavramlar	14
1.2.1. Sağlık, Hastalık ve Rahatsızlık.....	14
1.2.2. Sağlık Davranışı	17
1.2.3. Sağlık Statüsü	18
BÖLÜM II	20
2. TOPLUMSAL CİNSİYET, SAĞLIK VE HASTALIK İLİŞKİSİ.....	20
2.1. Toplumsal Cinsiyet ve Cinsiyet Bağlamında Sağlık ve Hastalık Üzerine Etki Eden Faktörler	20
2.1.1. Toplumsallaşma Sürecinin Kadın ve Erkek Sağlığı Üzerindeki Etkileri.....	20
2.1.2. Medikalizasyon Sürecinin Kadın ve Erkek Sağlığı Üzerindeki Etkileri	22
2.1.3. Medyanın Kadın ve Erkek Sağlığı Üzerindeki Etkileri	25
2.1.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın ve Erkek Sağlığı Üzerindeki Etkileri	27
2.1.5. Biyolojik Farklılıkların Kadın ve Erkek Sağlığı Üzerindeki Etkileri	30
2.2. Toplumsal Cinsiyetin Sağlık Statüsü Üzerindeki Etkileri.....	31
2.2.1. Toplumsal Cinsiyet ve Ruh Sağlığı İlişkisi.....	32
2.2.1.1. Erkekler ve Ruh Sağlığı.....	33
2.2.1.2. Kadınlar ve Ruh Sağlığı.....	34

2.2.2. Toplumsal Cinsiyet ve Bedensel Sağlık İlişkisi	37
2.2.2.1. Erkekler ve Bedensel Sağlık	37
2.2.2.2. Kadınlar ve Bedensel Sağlık	38
2.3. Toplumsal Cinsiyetin Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkileri	40
2.3.1. Toplumsal Cinsiyet- Sağlık Sorumluluğu İlişkisi	40
2.3.2. Toplumsal Cinsiyet- Fiziksel Aktivite İlişkisi	43
2.3.3. Toplumsal Cinsiyet- Beslenme İlişkisi	47
2.3.4. Toplumsal Cinsiyet- Kişilerarası Etkileşim İlişkisi	51
2.3.4.1. Toplumsal Cinsiyet- Duyguları İfade Etme İlişkisi	52
2.3.4.2. Toplumsal Cinsiyet, Sosyal Sermaye ve İletişim İlişkisi	54
2.3.4.3. Toplumsal Cinsiyet ve Yardım İsteme, İlgi- Bakım Vericilik İlişkisi	57
2.3.5. Toplumsal Cinsiyet -Stres Yönetimi İlişkisi	59
2.4. Toplumsal Cinsiyet-Riskli Sağlık Davranışları İlişkisi	61
2.4.1. Toplumsal Cinsiyet ile Alkol ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki	62
2.4.2. Toplumsal Cinsiyet ve Saldırganlık İlişkisi	64
2.5. Toplumsal Cinsiyet- Meslek Hastalıkları İlişkisi	68
BÖLÜM III	71
KURAMSAL YAKLAŞIMLAR	71
3.1. Sosyal İnşacılık Kuramı	72
3.2. Sosyal Rol Kuramı	78
3.3. Biyomedikal Yaklaşım	82
3.4. Feminist Yaklaşım	84
BÖLÜM IV	90
METODOLOJİ	90
4.1. Örneklem	90
4.2. Anket Soru Formunun Özellikleri	90
4.3. Araştırmada Kullanılan İstatistikî Teknikler	93
BÖLÜM V	95
BULGULAR VE TARTIŞMA	95
5.1. Sosyo-Ekonomik ve Demografik Değişkenler	97
5.2. Cinsiyet ve Sağlık Statüsü İlişkisini Gösteren Bulgular	100
5.3. Cinsiyet- Hastalık Davranışı İlişkisini Gösteren Bulgular	108

5.4. Cinsiyet- Sağlığı Koruyucu Davranışlar İlişkisini Gösteren Bulgular	114
5.5. Cinsiyet - Riskli Sağlık Davranışları İlişkisini Gösteren Bulgular	116
5.6. Cinsiyet - Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma ve Bakım Vericilik İlişkisini Gösteren Bulgular	126
5.7. Cinsiyet - Beden Algısı İlişkisini Gösteren Bulgular	136
5.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Analizleri.....	137
SONUÇ VE DEğERLENDİRME	151
Ek- 1 Tablolar.....	156
Ek 2. Anket Formu.....	157
KAYNAKÇA	162



TABLolar LİSTESİ

5.1. Sosyo-Ekonomik ve Demografik Değişkenler	97
Tablo 5.2.1 Cinsiyet- Sağlık Sorunları İlişkisi.....	101
Tablo 5.2.2. Cinsiyet - Sağlığın Değerlendirilme Biçimi İlişkisi	106
Tablo 5.2.3. Cinsiyet - Meslek Hastalığı İlişkisi	107
Tablo 5.3.1.Cinsiyet - Hastalıklara Karşı Dayanıklı Hissetme İlişkisi.....	108
Tablo 5.3.2. Cinsiyet- İlaç Kullanma İlişkisi	110
Tablo 5.3.3. Cinsiyet- Hastalığa Verilen Tepkiler İlişkisi	111
Tablo 5.4.1 Cinsiyet- Diyet yapma ve Dişlerini Fırçalama İlişkisi	114
Tablo 5.4.2. Cinsiyet-Sağlığı Hakkında Yeteri Kadar Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme İlişkisi.....	116
Tablo 5.5.1. Cinsiyet Çeşitli Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki.....	117
Tablo 5.5.2. Cinsiyet- Emniyet Kemeri Kullanma İlişkisi	122
Tablo 5.5.3. Cinsiyet – Sigara ve Alkol Kullanma Arasındaki İlişki	123
Tablo 5.5.4. Ailede Şiddet Uygulayan Kişinin Cinsiyeti.....	125
Tablo 5.5.5. Ailede Şiddet Uygulanan Kişilerin Cinsiyeti	126
Tablo 5.6.1. Cinsiyet - Hastalık Durumunda Sağlık Kuruluşuna Ne Zaman Başvurulduğu İlişkisi.....	128
Tablo 5.6.2. Cinsiyet - Bedende Herhangi bir Rahatsızlık Hissedildiğinde İlk Olarak Ne Yapıldığı İlişkisi	130
Tablo 5.6.3. Cinsiyet - Hastalık Durumunda Sağlık Kuruluşuna Gitmek İçin Başkasından İzin Alma İlişkisi	131
Tablo 5.6.4. Cinsiyet - Sağlık Kontrolü Yaptırma İlişkisi.....	132
Tablo 5.6.5. Cinsiyet -Diş Hekimine Gitme İlişkisi.....	133
Tablo 5.6.6. Cinsiyet - Sağlık Giderini Karşıllayan Kurum İlişkisi	134
Tablo 5.6.7. Ailede Biri Hastalandığında Ona En İyi Bakımın Kadınlar Tarafından mı, Erkekler Tarafından mı Verileceği	135
Tablo 5.7.1. Cinsiyet- Beden ve Kilodan Memnun Olma İlişkisi	136
Tablo 5.8.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Puanlarının Cinsiyete Göre t-Testi Sonuçları	138
Tablo 5.8.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Yaş ve Gelir Arasındaki Korelasyon.....	143

Tablo 5.8.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Hayatın En Uzun Döneminin Geçirildiği Yerleşim Birimine Göre ANOVA Sonuçları	145
Tablo 5.8.4. : Medeni Duruma Göre ANOVA Sonuçları	146
Tablo 5.8.5. : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	148



GİRİŞ

Sağlık biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir olgudur. Bu nedenle sağlık ve hastalıkla ilgili konular sadece tıp bilimine indirgenmemelidir. Sosyolojinin bir alt dalı olan sağlık sosyolojisi, hastalığın ve sağlığın toplumsal kökenlerini konu edinmektedir.

Bir toplumda ne tür hastalıkların var olduğu, bu hastalıkların nedenleri ve tedavi biçimleri, hastalık ve sağlığın algılanma biçimleri, hastalıktan korunma yöntemleri, hastalığa verilen anlam, sağlığa ilişkin davranışlar, sağlık statüsü, sağlık hizmetlerinden faydalanma gibi pek çok konu çeşitli toplumsal etkenlerle ilişkilidir. Eğitim, yaş, meslek, toplumsal statü, din, gelir, kentte ya da kırdan yaşam, göç, aile yapısı, medeni durum, sosyal destek, kültür, inanç gibi pek çok toplumsal faktör sağlık ve hastalık olgusunu etkileyebilmektedir.

Hastalık ve sağlık olgusunu etkileyen önemli faktörlerden biri de toplumsal cinsiyettir. Toplumsal cinsiyet kavramı ile kadınlarla erkekler arasındaki farklılıkların toplumsal düzlemde kurulmuş yönlerine dikkat çekilmektedir (Marshall, 2005: 98). Kişilerin sahip oldukları toplumsal cinsiyet rolleri ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri onların sağlık ve hastalık statülerini, sağlık ve riskli sağlık davranışlarını ve sağlık hizmetlerini kullanma düzeylerini etkileyebilmektedir.

Toplumsal cinsiyete ilişkin faktörlerin yanı sıra her iki cinsiyet arasındaki biyolojik ve psikolojik farklılıklar da onların sağlık ve hastalık düzeyleri üzerinde etkili olabilmektedir. Kadın ve erkekler arasındaki anatomik ve fizyolojik farklılıklar onların farklı türde hastalıklara yakalanmalarına davetiye çıkarabilmektedir. Kadınlarla erkeklerin hastalıklarındaki farklılıklar, hormonal yapılarından da kaynaklanabilmektedir. Kadın ve erkekler arasında hormon salınımının farklı olması, onları farklı türde hastalıklara yakalanmalarına ya da sağlıklı olmalarına neden olabilmektedir.

Erkeklerle kadınların birbirinden farklı psikolojik yapıya sahip olmaları, farklı türde psikolojik ve bedensel hastalıklara yakalanmalarına davetiye çıkarabilmektedir. Aynı zamanda erkek ve kadınların farklılaşan psikolojik yapıları ruhsal ve bedensel

hastalıklarını kabul etme, hasta rolü sergileme, çevresindeki kişilerle yaşadıkları problemleri paylaşma ya da sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeylerini etkileyebilmektedir.

Geçmişten günümüze kadar kadınların erkeklerden daha uzun süre yaşadıkları ancak, erkeklere oranla daha çok hastalandıkları görüşü kabul görmektedir. Hatta yapılan çeşitli çalışmalarla bu durum defalarca doğrulanmıştır. Biyolojiye göre neden hormonal, epidemiyolojiye göre risk faktörleri, sosyolojiye göre ise sosyal roller ve yapısal kısıtlamalardır. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda sosyal ve biyolojik faktörlerin ölme yaşı ve hastalanma üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle biyolojik olan cinsiyet ile sosyal anlamda toplumsal cinsiyetin hastalık ve sağlık üzerinde etkili olduğu söylenebilir (Rieker vd., 2010).

Kadın ve erkek sağlığı arasındaki farklılıkları açıklayabilmek için toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerinin konu edildiği çalışmalar yapmak şarttır. Böylelikle toplumda erkek ya da kadın olmanın sağlık ve hastalıkla ilişkisi ortaya konularak, her iki cinsiyete sahip olanların daha sağlıklı olabilmesi için önlemlerin alınması mümkün hale gelebilecektir.

Sosyolojide toplumsal cinsiyet ile sağlık arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar ilk olarak 1970’li yıllarda başlamıştır. Bu dönemde özellikle feministler kadınların hastalanmaları, ölümleri (Annandale ve Hunt, 2000; Kuhlmann ve Babitsch: 2002), sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikler, erkek egemen sağlık sistemi ve bu sistem içinde kadınların hasta olarak inşa edilmeleri gibi konular üzerinde çalışmalar yapmışlardır (Riska, 2004: 11).

İlk dönemde sadece kadınlar üzerinde yapılan çalışmaların, toplumsal cinsiyet ile sağlık ve hastalık ilişkisini gösterme konusunda yetersiz kaldıkları söylenebilir. Bu nedenle erkekler üzerinde de çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. 1980’lerden bu yana erkek sağlığı konusunda çeşitli çalışmalar yapılsa da (Doyal, 2009: 428) literatüre bakıldığında bu konuda büyük bir açığın var olduğu görülebilmektedir (Backett, 1990; Tanrıverdi vd., 2007; Bates vd., 2009).

Günümüzde erkek sağığını konu edinen çalışmaların genel olarak iki alanda yapıldığı söylenebilir. İlki klasik, yani sağııkta eşitsizlik çalışmaları, ikincisi ise erkeksilik ile ilgili olan çalışmalardır. İkinci türdeki çalışmalar erkeklerin krizi olarak nitelendirilmektedir. Bu tür çalışmalarda erkeklerin erkeksi rollerinden dolayı risk altında oldukları ifade edilmektedir. Erkek sağıığı konusunda özellikle hegemonik erkeksilik üzerine çalışmalar yapılmaktadır (Lohan, 2007). Bu çalışmalara göre hegemonik erkeksilik olgusu erkeklerin sağıığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Sosyolojik olarak kadın ve erkeklere sağıık ve hastalık bağlamında bakıldığında her iki grubun avantajlı ve dezavantajlı olduğu durumlar bulunduğu söylenebilir. Toplumlarda kadın ve erkeklerin farklı cinsiyet rolleri, çalışma koşulları, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşam biçimi, modern ya da geleneksel aile yapısı, medya ve tıp vasıtası ile erkek ve kadın bedenlerinin inşa edilmesi, kültürel yapı gibi pek çok faktör onların sağıık algılarını, sağıık ve hastalık davranışlarını, hastalık türlerini, hastalıklardan korunma biçimlerini, riskli sağıık davranışlarını, sağıık statülerini, hekime ya da başka bir tedavi biçimine yönelmelerini, hastalığa karşı verdiği tepkilerini, sağıık hizmetlerinden yararlanma düzeylerini ve sosyal destek ağlarını etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada genel olarak toplumsal cinsiyetin sağıık ve hastalık üzerindeki etkileri konu edilmektedir. Bu bağlamda konunun daha iyi anlaşılabilmesi için birinci bölümde cinsiyet, toplumsal cinsiyet, cinsiyetin toplumsallaşması, toplumsal cinsiyet rolleri, erkeklik, kadınlık, ataerkil ve modern toplumlarda erkeklik ve kadınlık, sağıık, hastalık, sağıık davranışı, sağıık statüsü gibi konulara yer verilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde kadınların erkeklere göre uzun süre yaşamalarına ve daha çok hastalanmalarına neden olan faktörler irdelenmektedir. Bu bağlamda toplumsallaşma sürecinin, toplumsal cinsiyet rollerinin, medikalizasyon sürecinin, medyanın, cinsiyetler arasındaki eşitsizliğin, cinsiyetler arasındaki mesleki farklılaşmanın ve biyolojik farklılıkların kadın ve erkeklerin sağıık statülerine, sağıık davranışlarına, riskli sağıık davranışlarına, sağıık hizmetlerini kullanma düzeylerine etkileri konusunda bilgi verilmektedir.

Çalışmanın ikinci bölümünde konu edilen bir diğer husus cinsiyetin sağlık ve hastalık statüsü, sağlık davranışı ve riskli sağlık davranışları üzerindeki etkileridir. Bu bağlamda ilk olarak çeşitli bedensel ve ruhsal hastalıkların kadın ve erkeklerde görülme düzeyi ele alınmıştır. Kadınlarda ve erkeklerde farklı türde hastalıkların görülmesi onların biyolojik ve toplumsal cinsiyetlerine bağlı olarak açıklanmaya çalışılmıştır. Bu bölümde ikinci olarak sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi gibi sağlık davranışları ile cinsiyet arasındaki ilişkiler hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü olarak ise alkol ve sigara kullanma, saldırganlık gibi riskli sağlık davranışları ile toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkilere değinilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde araştırmada kullanılan kuramlara yer verilmiştir. Bu bağlamda sosyal inşacılık kuramı, sosyal rol kuramı, biyomedikal yaklaşım ve feminist yaklaşım hakkında bilgi verilmiştir. Bu kuramlar sağlık sosyolojisi ve toplumsal cinsiyet çalışmaları için oldukça büyük önem taşımaktadırlar.

Çalışmanın dördüncü bölümünde araştırmanın metodolojisine yer verilmiştir. Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, örneklem, veri toplama teknikleri, veri toplama araçları, anket formunun özellikleri ve araştırmada kullanılan istatistikî teknikler konusunda bilgiler verilmiştir.

Çalışmanın beşinci bölümünde ise alan araştırmasına ait verilerin analizi yapılmıştır. Araştırma verileri sosyoekonomik ve demografik değişkenler, toplumsal cinsiyet ile sağlık statüsü, hastalık davranışı, sağlığı koruyucu davranışlar, riskli sağlık davranışları, sağlık hizmetlerinden faydalanma, beden algısı, bakım vericilik arasındaki ilişkiler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II gibi başlıklar altında analiz edilmiştir.

BÖLÜM I

TOPLUMSAL CİNSİYET VE SAĞLIK- HASTALIK İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.1. Toplumsal Cinsiyet ile İlgili Kavramlar

1.1.1. Cinsiyet – Toplumsal Cinsiyet

Cinsiyet (sex) ve toplumsal cinsiyet (gender) kavramları kimi zaman birbirlerinin yerine kullanılsalar da bu kavramlar farklı anlamlar taşımaktadır. En genel anlamıyla cinsiyet, biyoloji ile ilişkilendirilebilir. Cinsiyet kavramı erkek ve kadınların anatomik ve fiziksel farklılığına işaret etmektedir. Erkekler ve kadınlar farklı cinsiyet organlara sahiptirler, yine erkekler ve kadınları birbirinden ayıran farklı fiziksel yapıları bulunmaktadır (Dökmen, 2010: 21).

Cinsiyet farklılıkları kadın ve erkeklerin genetik özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Bireylerin sahip oldukları kromozomlar onların cinsiyetlerini belirlemektedir (Stoller, 1984). Bir başka deyişle kadınların XX, erkeklerinse XY kromozomlarına sahip olmaları, onların cinsiyetlerinin farklı olmasına yol açmaktadır (Oakley, 2005). Cinsiyetleri birbirinden ayıran bir diğer faktör de farklı hormonal düzeylere sahip olmalarıdır. Testosteron, östrojen, progesteron gibi bir takım cinsiyet hormonlarının, kadın ve erkeklerde farklı düzeylerde salgılanması onların arasında çeşitli farklılıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Toplumsal cinsiyet, psikososyal ve kültürel bir kavramdır. Kültürel olarak erkek ve kadın arasındaki biyolojik farklılıklar toplumsal cinsiyet rolleriyle birlikte var olmaktadır. Başlangıçta cinsiyet terimi anatomik ve diğer fiziksel farklılıkları göstermekteydi. Ancak 1970’li yıllardan sonra sosyologlar toplumsal cinsiyet terimini ortaya koyup, erkekler ve kadınlar arasındaki farklılıkların sadece biyolojik etkenlere bağlı açıklanamayacağını dile getirerek, erkeklik ve kadınlık konusu ile ilgili çalışmalar yapmışlardır. Bu çalışmalarda genel olarak erkeklerle kadınların farklı toplumsal rollerle inşa edilmeleri, kadınsılık ve erkeksilik rolleri konu edilmiştir (Oakley, 2005; Stoller, 1984; Levant ve Pollack, 1995: 2; Marshall, 2005: 98).

Dünyada dil, imaj ve etkileşim vasıtasıyla var olan (Clawley vd., 2008 :4) toplumsal cinsiyet, toplumun görmek istediği kadın ve erkek cinsiyet kalıplarını

içermektedir. Bu kalıplar arasında erkek ve kadınların toplumsal rolleri, kadın ve erkeklerin kendilerini sunum ve davranış şekilleri bulunmaktadır (Yüksel, 1999: 70). Toplumlar genel olarak kadın ve erkeklerden kendi cinsiyet rollerine uygun davranış sergilemelerini beklemektedir. Ancak beklenen bu roller kültüre, zamana, toplum yapısına ve bireysel seçimlere göre değişiklik gösterebilmektedir.

Cinsiyet ile toplumsal cinsiyet kavramları arasındaki ayrım ilk başlarda “biyoloji kaderdir” görüşüne itiraz etmek amacıyla kullanılmıştır. “Biyoloji kaderdir” düşüncesine göre cinsiyet biyolojik bağlamda geri çevrilemez özelliktedir. Ancak toplumsal cinsiyete ilişkin açıklamalara göre cinsiyet kültürel olarak inşa edilmektedir. Bu nedenle toplumsal cinsiyet, cinsiyetin sonucu ya da cinsiyet kadar sabit bir şey değildir (Butler, 2008: 50). Dolayısıyla zaman içinde terimin kapsamı ilk ortaya çıktığı günden bu yana değişikliğe uğramıştır. Terim sadece bireysel kimliği ve kişiliği değil, aynı zamanda sembolik düzlemde erkekliğin ve kadınlığın kültürel ideallerini, stereotiplerini; yapısal düzlemde ise kurumlar ve örgütlerdeki cinsel iş bölümünü içine alacak kadar genişletilmiştir (Marshall, 2005: 98).

Genel olarak söylemek gerekirse kişilerin cinsiyeti biyolojileri ile ilişkili iken toplumsal cinsiyetleri toplumla ilişkilidir ve toplumsallaşma vasıtası ile öğrenilmektedir. Bu nedenle aile, okul, medya, sosyal çevre gibi faktörler cinsiyet rollerinin öğrenilmesi açısından oldukça önemlidir. Toplumlarda kadın ve erkeklerden beklenen çeşitli cinsiyet rolleri bulunmaktadır. Ancak beklenen roller zamana, topluma, kültüre ya da bireye göre değişebilmektedir.

1.1.2. Cinsiyetin Toplumsallaşması

Cinsiyetin toplumsallaşması konusuna gelmeden önce toplumsallaşma kavramına değinmek yerinde olacaktır. Toplumsallaşma, yeni doğmuş ve yardıma ihtiyacı olan bebeğin, yaşadığı kültür içerisinde geçerli olan becerileri yavaş yavaş edinerek kendi bilincinde olan, bilgili bir kişi haline gelme süreci olarak tanımlanabilir. Toplumsallaşma, birincil ve ikincil toplumsallaşma olmak üzere ikiye ayrılabilir. Birincil toplumsallaşma bebeklik ve çocukluğun ilk döneminde gerçekleşmektedir. Birincil toplumsallaşma dönemi kültürel öğrenmenin en yoğun olduğu dönemdir. Aile bu aşamadaki temel toplumsallaştırıcı unsurdur. İkincil

toplumsallaşma ise çocukluk sonrası dönem ile olgunluk dönemini kapsamaktadır. Bu dönemde ailenin yanı sıra okullar, akran grupları, örgütler, medya ve işyerleri bireyleri toplumsallaştıran güçler haline gelmektedir (Giddens, 2012: 201, 205). Dolayısıyla toplumsallaşmanın bir ömür boyu sürdüğünü söylemek yanlış olmayacaktır.

Doğumu takiben, hatta doğmadan önce bebeklerin cinsiyeti toplum tarafından inşa edilebilmektedir. Örneğin doğacak çocuğun cinsiyetine göre anne ve babalar çocuklarına eşyalar seçerek bu eşyaların rengini belirleyebilmektedirler. Bebekler büyümeye başladıkça toplum tarafından belirlenen elbiseler, saç boyu ve biçimi, oyuncak tercihi gibi faktörler daha belirgin hale gelebilmektedir. Bu faktörlerin yanı sıra çocuğa gösterilen sevecenlik biçimi ve dozajı, çocuk için uygun bulunan ve bulunmayan davranışlar da sergilenmeye başlanmaktadır (Vatandaş, 2007: 30). Erkek ve kız çocuklarına yönelik farklı davranışlar ve uygulamalar onların yaşamlarını, tercihlerini, davranış biçimlerini etkileyebilmektedir.

Oyunlar ve oyuncaklar çocukların sosyalleşmelerinde büyük bir öneme sahiptir. Çocuklar cinsiyetlerine uygun oyun ve oyuncak türlerine karşı ilgiler geliştirebilmektedirler. Kız çocuklar oyuncak bebeklerle, mutfak eşyalarıyla ve makyaj takımlarıyla oynamayı tercih ederlerken; erkek çocuklar silahları, kamyonetleri, video oyunlarını ve futbolu tercih edebilmektedirler. Erkek çocuklar genel olarak rekabeti ve fiziksel üstünlüğü ön plana çıkarırken, kız çocuklar fiziksel temas ve çatışmayı en az düzeyde tutmayı tercih edebilmektedirler. Küçük yaşta başlayan bu ayrışma onların kimliklerinin gelişmesinde büyük bir rol oynayabilmektedir (Gökdağ, 2011: 139). Tabii ki bu tercihler sadece çocuklarla ilgili değildir. Çünkü anne ve babalar ya da sosyal çevre çocukların oyuncak ya da boş zaman faaliyet tercihlerinde etkili olabilmektedir.

Ergenlik döneminde erkeklerde sertlik ve başkaldırı davranışı ön plana çıkarken; kızlarda sevimlilik, cana yakınlık gibi davranışlar ön plana çıkabilmektedir. Erkekler korkuya karşı direnerek riskli davranışlar sergileyebilmektedirler. Ancak kızlar erkeklere göre daha çok ürkek ve çekingen tavırlar sergileyebilmektedirler. Kız çocuklar sosyalleşmeyi tercih ederlerken, erkek çocuklar yalnız kalma isteğinde olabilmektedirler (Tarhan, 2005: 145).

Sadece çocukluk ve ergenlik değil, hayatın diğer aşamalarında da kadın ve erkekler toplumsallaşma vasıtasıyla toplum tarafından kabul edilen davranışları öğrenerek sergileyebilmektedirler. Bu nedenle toplumsallaşma ile her iki cinsiyete ait bireylerin de cinsiyetlendirilmiş davranışlar edindiği ifade edilebilir.

Toplumsal cinsiyete bağlı davranışların doğru, uygun, yanlış ya da uygunsuz olduğu konusundaki sosyo-etik kabuller, toplumsallaşma sürecinde yaşanan kültür içerisinde öğrenilmektedir (Uluocak ve Aslan, 2011: 27). Kadınlar genellikle kadınsı (feminen), erkekler ise erkeksi (maskülen) özelliklere göre sosyalleştirilmektedirler. Ancak bu toplumsal beklentilere uyum gösterme konusunda bireysel farklılıklar bulunabilmektedir (Dökmen, 2010: 22). Bu nedenle toplumsallaşmada toplumsallaştıranlar kadar toplumsallaşanın kendi yorumunun da önemli olduğu ifade edilebilir. Cinsiyet toplumsallaşmasında istenen ya da beklenen toplumsallaşmadan sapma ihtimali ve potansiyeli bulunmaktadır (Akın, 2011: 48).

Sonuç olarak toplum içinde yaşayan tüm bireylerin toplumsallaşma sürecinden geçtiğini, böylelikle kendi cinsiyet rollerine uygun davranışlar sergilemeyi öğrendiklerini söylenebilir. Ancak cinsiyet rollerini sergileme açısından bireysel farklılıkların bulunduğunu unutmamak gerekmektedir.

1.1.3. Toplumsal Cinsiyet Roller

Toplumsal cinsiyet rolü kavramına geçmeden önce toplumsal rol kavramı hakkında bilgi vermek yerinde olacaktır. Rol kavramı belirli bir statü ya da toplumsal konuma atfedilen beklentileri ortaya koyarak, bu beklentilerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini kontrol eden bir sürece sahiptir (Giddens, 2005: 117; Marshall, 1999: 625). Kişilerin sahip oldukları toplumsal roller geçici ve kurgusal değildir. Toplum içinde herkes pek çok role sahiptir ve bu roller kişilerin davranış ve düşüncelerine etki ederek (Fichter, 2009: 110) onların yaşamlarını yönlendirebilmektedir.

Kültürel yapılarda roller standardize edilmiş ve az çok genelleştirilmiş olsa da sosyal rollerin alternatiflerinin seçimine izin vermeyecek derecede katı olduğu söylenemez. Oldukça az gelişmiş geleneksel kültürlerde bile üyelerden, rol davranışına yönelik tüm beklentilere her zaman tam anlamıyla uyum göstermeleri

beklenmez. Kişilerden beklenen rol içindeki özel örüntüyü değil, toplam rolü sergilemeleridir (Fichter, 2009: 115). Bu nedenle toplumda yaşayan bireylerin kendilerine ait toplumsal rolleri tam anlamıyla eksiksiz bir şekilde sergiledikleri söylenemez.

Toplumlarda kadın ve erkeklere verilen farklı roller ise toplumsal cinsiyet rolleri olarak tanımlanabilmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri terimi, cinsiyet kalıp yargılarını ya da toplumun belirlediği cinsiyet farklılıklarını ifade etmek için kullanılmaktadır. Cinsiyetin kültürel anlamları, toplumsal cinsiyet rolleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Dökmen, 2010: 29). Cinsiyet rolleri kavramı ile erkekler ve kadınlar tarafından sergilenmeleri beklenen davranışlar ortaya konulmaktadır (Marshall, 2005: 101). Toplumsal cinsiyet rolleri, toplumsallaşma aracılığıyla öğrenilmektedir.

Toplumsallaşma süreci içerisinde erkek ve kız çocukları öncelikle ailelerinden cinsiyet rollerini öğrenmektedirler. Bu anlamda anne, baba ve kardeşlerin oldukça önemli konumlara sahip oldukları ifade edilebilir. Aile dışında eğitim ve öğretim sürecinde de cinsiyet rolleri öğrenilmektedir. Bu faktörlerin yanı sıra oyuncaklar, oyunlar, etkinlikler, televizyon programları, sosyal çevre, akrabalık, arkadaşlık gibi pek çok faktör vasıtasıyla da cinsiyet rolleri edinilmektedir. Kişiler sadece bebeklik ve çocukluk değil, yaşamlarının tüm evrelerinde kendilerinden beklenen toplumsal cinsiyet rollerini öğrenip sergileyebilmektedirler.

Toplumsallaşma aracılığı ile öğrenilen toplumsal cinsiyet rollerine göre erkek ve kadınlardan beklenen farklı cinsiyet rolleri bulunabilmektedir. Dünya üzerinde kadın ve erkeklere atfedilen evrensel erkek ve kadın cinsiyet rolleri bulunduğu gibi toplumdan topluma değişen ve kültürel yapının belirleyici olduğu cinsiyet rolleri de bulunmaktadır. Bu anlamda toplumsal cinsiyet rollerinin evrensel ve yerel görünüşleri olduğu söylenebilir.

Entwistle'ye göre Batı toplumunda erkek ve kadın arasında keskin ayrımlar yapılarak, bir dizi dikotomi harekete geçirilmektedir. Akıl-duygu, kültür-doğa, zihin-beden gibi dikotomilerde erkek ilki, kadın ikincisi ile ilişkilendirilmektedir. Erkek ve kadınlara atfedilen nitelikler, onları hayatları boyunca çeşitli rollere daha yatkın hale

getirebilmekte (Entwistle, 2012: 216), onların yaşam biçimlerini, algılarını, önceliklerini, sorumluluklarını, beklentilerini ve toplumsal konumlarını etkileyebilmektedir.

Toplumsal cinsiyet rollerine bakıldığında erkekleri güçlü, baskın, bağımsız, saldırgan, duygusuz, matematik ve fen bilimlerini seven, hırslı, baskıcı, rekabet edebilen, kendine güvenen, mantıklı, lider ruhlu gibi özellikler temsil etmektedir. Kadınları temsil eden özellikler ise kibar, kolay ağlayan, sanat ve edebiyattan hoşlanan, kaba bir dil kullanmayan, zarif, dindar, kendi görünüşü ile ilgilenen, başkalarının duygularından haberdar olan, duyarlı, ilgili, sıcak, güvenliğe güçlü bir şekilde ihtiyaç duyan, konuşkan, düzen sever ve bağımlı olmaktır (Gökdağ, 2011: 136; Dökmen, 2010: 104). Kadın ve erkeklere atfedilen bu özellikler onların yaşamlarına yön verebilmekte, tercihlerini etkileyebilmektedirler.

Toplumlarda kadınların erkeklere oranla daha duyarlı, ilgili, bakım verici olarak algılanmaları ev hanımı, öğretmen ya da hemşirelik gibi meslekleri seçmelerine; erkeklerin bağımsız, atılgan, kuvvetli olarak algılanmaları onların asker, mühendis, tüccar vb. meslekleri seçmelerine neden olabilmektedir (Dökmen, 2010: 22; Marshall, 2005: 101; Helgeson, 2017: 199). Toplumsal yaşamda kadın ve erkeklerin toplumsal cinsiyet rollerine uygun meslekleri daha çok tercih ettikleri söylenebilir. Ancak geçmişten günümüze kadar bazı meslekleri tercih eden kadın ve erkeklerin oranı değişebilmektedir. Örneğin geçmişte hemşirelik mesleği sadece kadınlara has bir meslek olarak görülürken, günümüzde erkek hemşirelerin sayısı giderek artmaktadır.

Kadın ve erkeklere verilen roller zaman, mekân, kültür, diğer kolektif kimlik bileşenleri, sosyo-tarihsel-ekonomik-politik ve sosyo-bilişsel parametrelere dayandığından, sabit değildir (Uluocak ve Aslan, 2011: 28). Geçmişten günümüze kadar toplumlar sürekli bir değişim halindedir. Söz konusu değişim diğer toplumsal olgularda olduğu gibi, toplumsal cinsiyet konusunda da bir takım farklılıkların yaşanmasına sebep olmuştur ve olmaya da devam etmektedir. Geçmişte kadın ve erkeklerden beklenen toplumsal cinsiyet rolleri ile günümüz toplumunda kadın ve erkeklerden beklenen toplumsal cinsiyet rolleri farklılaşmıştır; kuşkusuz farklılaşmaya da devam edecektir.

Günümüzde ortaya çıkan bazı gelişmelerin geleneksel kadın ve erkeklik rollerinin etkinliklerinin zayıflamasına yol açtığı söylenebilir. Geleneksel büyük ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, yaşam süresinin uzaması, çocukların okul öncesinde bakımını üstlenen kurumların çoğalması, çalışan kadınların sayısının artması (Demez, 2005: 39-40), eğitim düzeyinin yükselmesi ve kentleşme gibi faktörler, söz konusu değişimi beraberinde getirmiştir. Erkek ve kadın cinsiyet rollerindeki farklılaşma kadınların bazı erkeksi, erkeklerin bazı kadınsı cinsiyet rollerini sergilemelerinin daha normal karşılanmasına neden olmuştur.

1.1.4. Erkeklik ve Kadınlık

Kadınlık ve erkekliğe ilişkin tanımlamalar zaman ve yere göre değişebilmektedir. Farklı coğrafyalarda yaşayan toplumlarda erkek ve kadınlardan beklenen rollerindeki farklılaşma, kültürün cinsiyetler üzerindeki etkisini göstermesi bakımından önemlidir (Bingöl, 2014: 109). Ayrıca kadın ve erkeklerden beklenen davranışlar toplumsal ve kültürel yapının değişmesine bağlı olarak zaman içerisinde farklılaşabilmektedir.

Genellikle erkekleri karakterize eden ve dolayısıyla erkekliği tanımlayan kişilik özellikleri olduğu gibi, kadınları karakterize eden ve kadınlığı tanımlayan bir dizi kişilik özelliği de bulunabilmektedir (Connell, 1998: 226). Erkeklerden beklenen davranışlardan bazıları bağımsızlık, koruyuculuk, kollayıcılık, güçlü olmak (Tarhan, 2005: 138), evin reisi olmak, çocuklarına ve eşine bakmakla yükümlü olmak, duygularını gizlemek, başarılı ve yenilmez olmak, kadın gibi olmamak, sözünü dinletebilmek, gerektiğinde fiziksel güce başvurabilmektir (Demez, 2005: 234).

Erkek olma ile mantıklı, analitik ve bilimsel olma arasında bir bağ kurulabilmektedir. Bu nedenle erkekler akıldışı, somut bir şekilde görülmeyen ya da bilimsel olarak kanıtlanamayan şeylere karşı mesafeli olabilmektedir. Böylelikle de olayları sezinleyip hissetme ve tepkileri algılayıp bunlara güvenme yetisini ortaya çıkaran sezgi hissinden yoksun kalabilmektedirler (Goldberg, 2010: 80). Tarhan'a (2005: 106) göre erkekler karşılaştıkları olaylarla ilgili kar zarar hesapları yapmakta ve olaylara daha objektif yaklaşmaktadırlar. Bu nedenle olayların duygusal tarafını

anlamakta güçlük çekebilmektedirler. Dolayısıyla çevresindeki kişilerle çeşitli problemler yaşayabilmektedirler.

Kadınlık da bir toplumsal cinsiyet kategorisidir. Kadınlar toplum içinde nasıl kadın olacaklarını öğrenmekte, bu yönde toplumsallaşmaktadırlar. Kadın ve erkek arasındaki farklılıklara tarih boyunca ilginç açıklamalar getirilmiştir. Aristoteles kadını erkekten daha sevecen, kıskanç, sinirli, utanması ve kendisine saygısı olmayan, kandıran gibi özelliklerle tanımlamış ve bunun sebebinin safra, balgam ya da sevdalı salgısına bağlamıştır (Dökmen, 2010: 48). Bu nedenle Aristoteles'in kadın erkek arasındaki farklılığı biyolojik temele dayandırdığı ifade edilebilir.

Tarhan'a (2005: 138) göre bağımsız, güçlü, koruyucu bir ideal erkek tipine karşılık, korunmaya ihtiyacı olan, sevgi veren ve çevresinde kendisini ona ait hissettirecek bir erkeğe sahip olmak isteyen ideal bir kadın tipi bulunmaktadır. Bütün bu ideal tipler kültür ve genetik aktarım sonucunda meydana gelmiştir. Dolayısı ile kadınlık biyolojik ve kültürel temele dayanmaktadır.

Beauvoir'e (1993) göre geçmişten günümüze kadar kadınların içinde bulunduğu durum birkaç yüzeysel değişikliğin dışında hep aynı kalmış ve kadınların kişiliğini oluşturmuştur. Kadınların toplum tarafından yadsımacı, edilgen, bağımlı vb. olarak görülmeleri bir kalıp haline getirilmiştir. Bu nedenle kadınların kendini gerçekleştiren kehanetle karşı karşıya kaldıkları ifade edilebilir. Tarih boyunca kadınların kendilerine atfedilen anlamları içselleştirdiği ve davranışlarına yansıttığı düşünülebilir. Ancak kadınlara yönelik yüklemelerin her zaman olumsuz özellikler içerdiği de söylenemez.

Özetle söylemek gerekirse kadınlık ve erkeklik olgusu zamana ve topluma göre değişiklik gösterebilmektedir. Ancak toplumlarda genel olarak kadın ve erkeklere atfedilen özellikler bulunabilmektedir. Kadınlık ve erkeklığe dair özelliklerin temelinde biyolojik, kültürel, toplumsal ve psikolojik etkenler yatabilmektedir.

1.1.4.1. Ataerkil ve Modern Toplumlarda Erkeklik ve Kadınlık

Toplumlarda bireylerin içerisinde yaşadıkları toplumun yapısı ile kendilerinden beklenen erkeklik ve kadınlık rolleri arasında ilişki bulunmaktadır. Kültürel yapı, eğitim, gelenekler, örfler, adetler, geçmiş yaşantı, ekonomik yapı, iş yaşamı, yaşanan

yerleşim birimi gibi pek çok faktör erkek ve kadınlardan beklenen davranışları etkileyebilmektedir. Bu bağlamda ataerkil ve modern toplumlarda kadınlık ve erkeklik olgularının farklılaştığı dile getirilebilir.

Ataerkil toplumlarda erkeklerin fiziksel açıdan güçlü, psikolojik bakımdan dayanıklı ve cesur olmaları beklenmekte (Bozok, 2011: 15,24); erkeklere aile reisliği, namus koruyuculuğu gibi roller verilebilmektedir (Sancar, 2011:172). Ataerkil toplum yapısında soyun aktarılması, mirasın devredilmesi, ekonomik güce sahip olmak, çocuklar ve kadınlar üzerinde tam bir yetkiye sahip olmanın erkeklerin elinde olduğu ifade edilmektedir (Demez, 2005: 61-63).

Tarhan'a (2005: 137,178) göre Türkiye'de ataerkil bir toplumsal yapı söz konusudur. Ancak zaman zaman bazı esnekliklere de rastlanılmaktadır. Gösterilen bu esneklikler toplumun kadınlara çok fazla önyargılı olmadığını ortaya koymaktadır. Ancak bazı erkekler geleneksel erkek rollerini öylesine benimsemişlerdir ki kadınların ev dışına çıkmalarına dahi izin vermemektedirler. Bu erkekler kadınları korunmaya muhtaç, kendisini savunamayan ve aciz olarak görmektedirler. Böyle görünen kadınlar ise kendilerini korunmaya muhtaç ve zavallı bir varlık gibi hissedebilmektedirler.

Özellikle geleneksel kırsal kesimlerde erkek egemenliğinin daha fazla olduğu ifade edilebilir. Ancak sanayileşme ve kentleşmeyle birlikte kadınların da çalışma yaşamına katılmaları, aile içinde kadınların daha çok söz hakkına sahip olmaya başlamalarına yol açmıştır. Bu nedenle geçmişte erkeklerin karar verme yetkisine daha çok sahip olduklarını, günümüz toplumlarında ise kadınların karar verme yetkisinin giderek artış gösterdiği ifade edilebilir. Ancak bu durum coğrafi bölge, toplum ve kültürel yapı gibi pek çok faktöre göre değişiklik gösterebilmektedir.

Endüstrileşme ve modern toplumların ortaya çıkışıyla birlikte cinsiyetler arasındaki psikolojik, bedensel ve sosyal farklılıklar değişime uğramıştır. Modern toplumların bazı eril değerleri rasyonel düşünme becerisi, rekabeti göze alma ve doğru karar verebilme yeteneği (Sancar, 2011: 170), güçlü ve akıllı olmak, aktif olmak, çatışma ve şiddetten kaçmamak, rekabet becerisine sahip olmak, başarılı olma tutkusuna sahip olmak, risk alabilmek ve macera peşinden koşmak, kahraman olmayı istemektir (Courtenay, 2000; Oakley, 2005: 16). Duygusallık, merhamet, başkaları için

fedakârlık yapmak, uyumlu ve itaatkâr olmak (Marshall, 2005: 374), pasiflik, barışçılık, anlayışlı ve şefkatli olmak, güvenli ortamlarda yaşamak, yerleşik bir düzen sağlamak ve ortaklaşa hareket etmek, evde bakım vericilik dışı değerler olarak kabul edilebilmektedir (Dökmen, 2010: 104; Rudman ve Glick, 2008: 8).

Kadın ve erkekler arasında bu türlü ayrımlar yapılsa da günümüz toplumlarına bakıldığında erkeksi birtakım özelliklerin kadınlarda, kadınsı birtakım özelliklerin erkeklerde bulunduğu ifade edilebilir. Örneğin erkekler her ne kadar kadınlara göre daha çok riskli davranışlar sergileseler de barışçıl değerler onlar için de önemlidir. Aynı zamanda erkeklerden beklenen davranışlar erkeklerin bulunduğu konumlara göre de değişebilmektedir. Örneğin eğitim seviyesi düşük, alt sosyoekonomik seviyedeki erkekler yüksek eğitilmiş ve üst sosyoekonomik seviyede olanlara göre daha fazla riskli davranışlar sergileyebilmektedirler. Benzer bir durum kadınlar için de söz konusudur. Üst sosyoekonomik seviyeye ve yüksek eğitime düzeyine sahip olan kadınların daha aktif oldukları, başarıya daha odaklı oldukları ifade edilebilir.

Genel olarak söylemek gerekirse erkeklik ve kadınlık olgularının farklı coğrafyalara, eğitim düzeyine, sosyo-ekonomik yapıya, kültüre, zamana ve bireylere göre değiştiği ifade edilebilir. Bu nedenle tek bir erkeklik ya da kadınlık tanımı yapmak mümkün görülmemektedir.

1.2. Sağlık ve Hastalık ile İlgili Kavramlar

1.2.1. Sağlık, Hastalık ve Rahatsızlık

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması şeklinde tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımının yanı sıra çok sayıda sağlık tanımı bulunmaktadır. Çünkü sağlık ve hastalığın pek çok boyutu söz konusudur.

D. Stull'a göre üç temel sağlık kavramsallaştırılması yapılabilir. Bu tanımlamalardan ilki tıbbi ya da fiziksel modeldir. Tıbbi ya da fiziksel modele göre bir kişinin sağlıklı olup olmadığı kişinin ifadesine, tıbbi personelin gözlemlerine ve tıbbi testlere göre belirlenmelidir. Bu anlayışta kişiler kendilerinin sağlıklı olduklarını ifade ediyorlarsa, tıbbi personelin gözlemleri ve tıbbi testlerin sonuçları da bu yönde ise kişi sağlıklı olarak görülebilir. İkinci sağlık modeli ise sosyal ya da işlevsel olarak

adlandırılmaktadır. Sosyal ya da işlevsel modele göre kişilerin sağlıklı olmaları, toplum içerisinde işlevsel olmalarını gerektirmektedir. Bir toplumda kişiler kendi görev ve sorumluluklarını yerine getirebiliyorlarsa sağlıklı, yerine getiremiyorlarsa sağlıksız olarak nitelendirilmektedirler. Sosyal ya da işlevsel modelde Parsons'ın görüşlerinden etkilenilmiştir. Üçüncü model öznel ya da psikolojik modeldir. Bu modelde kişilerin sağlık durumu ile ilgili kendilerine özgü değerlendirmeler yapmasının önemi vurgulanmaktadır (Akt. Kasapoğlu, 2001: 32).

Sağlığı objektif ve sübjektif olarak tanımlamak da mümkündür. Sübjektif olarak sağlık, kişinin kendisini fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı hissetmesidir. Objektif olarak sağlıklı olmak ise kişilerin hekim tarafından muayene edilmesi, çeşitli tahlil ve tetkiklerin yapılması sonucunda herhangi bir hastalığın tespit edilmemesi durumudur. Bu durumda bir kişinin sağlıklı olduğunun söylenebilmesi için objektif ve sübjektif olarak sağlıklı olması gerekmektedir (Bolsoy ve Sevil, 2006: 79). Bununla birlikte kişinin kendisini hasta olarak hissettiği ancak hekimin teşhis koyamadığı ya da hekimin hastalık teşhisi koyduğu ancak kişinin kendisini hasta olarak nitelendirmediği durumlar da söz konusu olabilmektedir.

Bir kişinin sağlıklı olup olmadığı kişiden kişiye, toplumdan topluma ve zamana göre değişebilmektedir. Kişilerin yaşadığı toplum, kültürel yapı, geçmiş yaşantı, cinsiyet, yaş, sosyoekonomik seviye gibi pek çok faktör sağlık algısını etkileyebilmektedir. Bu nedenle genel olarak bakıldığında sağlığın biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel faktörlerden etkilendiği ifade edilebilir.

Çoğu zaman hastalık olgusundan ya da kavramından bahsedildiğinde bütün insanların aynı şeyi anladıkları düşünülmektedir. Ancak hastalığın tanımı sağlık tanımında da olduğu gibi toplumdan topluma ve zamana göre değişiklik göstermektedir. Bir kişiye ne zaman hasta denileceği ya da bir bireyin ne zaman kendisini hasta olarak algılayacağının kesin bir belirleyicisi bulunmamaktadır. Diğer taraftan hasta olmanın sağlıklı olma durumunun yitilmesiyle başladığı bir gerçektir (Cirinlioğlu, 2010: 21).

Hastalık kavramı da sağlık kavramında olduğu gibi farklı boyutlara sahiptir. Bu bakımdan hastalığın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerinin bulunduğu söylenebilir.

Hastalık tanımlanmasında kimi zaman hastalığın fiziksel yönüne dikkat çekilirken, kimi zaman sosyal boyutuna dikkat çekilmektedir. Hastalığın fiziksel ya da biyolojik yönü daha çok hekimler tarafından ele alınırken, toplumsal yönü daha çok sosyologlar tarafından ele alınmaktadır.

Hastalık hekime, hastaya ve bunların dışındaki kişilere göre farklı anlamlar taşıyabilmektedir. Hekime göre hastalık, çeşitli belirtilerle kendisini gösteren patolojik bir anormalliği ifade etmektedir. Hastalar açısından hastalık patolojik durumun acı, ağrı, rahatsızlık gibi süreçlerle kendisini göstermesidir. Diğer sıradan kişilere göre hastalık ise daha çok dışsal faktörlerin ve yaşam şekillerinin neden olduğu durumlardır (Adak, 2005: 420-421).

Hastalıklar kişilerin çevreleri ile uyumunu, iletişimini, verimliliğini, üretkenliğini, kendi içindeki denge durumlarını bozabilmektedir. Bu nedenle hastalık sadece bireysel değil, aynı zamanda toplumsaldır (Bolsoy ve Sevil, 2006: 80). Çünkü bireylerin hastalık durumu çalışma yaşamı, ev içindeki rolleri, sorumlulukları gibi pek çok faktörü etkileyebilmektedir.

Hastalık ve rahatsızlık kavramları kimi zaman birbirinin yerine kullanılsalar da farklı anlamlar taşımaktadırlar. Bir bireyin belirli bir şikâyetle uzman bir doktora başvurması, nesnel ve ölçülebilir birtakım tetkik ve teşhis sürecinden geçmesinin ardından konulan tanı sonucunda bireyin bu durumuna “hasta” ve bu durumuna neden olan şey “hastalık” olarak tanımlanabilmektedir. Kişilerin toplumsallaşma süreçlerinde bireysel gözlem ve düşünceleri sonucunda, yaşam deneyimlerine ve hissettiklerine bağlı olarak ortaya çıkan durum ise “rahatsızlık” olarak ifade edilebilmektedir (Tecim, 2014: 77).

Özetle söylemek gerekirse geçmişten günümüze tüm toplumlarda hastalık çeşitleri, hastalık algıları, tedavi biçimleri, koruyucu sağlık davranışları değişim göstermektedir. Bu değişiklik zamana göre olduğu gibi toplumdan topluma ve bireysel arasında yaşanabilmektedir. Ayrıca sosyal sınıf, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir, din gibi pek çok faktör de hastalık ve sağlık üzerinde etkili olabilmektedir.

1.2.2. Sağlık Davranışı

Bireylerin sağlıklarını korumak ve sürdürmek için sergiledikleri davranışlar, sağlık davranışı olarak nitelendirilebilir (Cockerham ve Ritchey,1997: 51). Sağlık davranışı bireylerin öznel standartlarına, toplumsal ve çevresel koşullara göre var olan davranışın pekiştirilmesi, geliştirilmesi veya değiştirilmesi şeklinde gerçekleşmektedir (Koçak ve Bulduklu, 2010: 6). Sağlığa ilişkin davranışlar özellikle alkol tüketimi, sigara içme, rejim ve egzersiz yapma ile ilişkilendirilmektedir (Marshall, 2005: 629). Bunun dışında kişilerin kişiler arası ilişkileri, stres yönetimi, manevi gelişim ve sağlık sorumluluğu gibi davranışları da sağlık davranışları kapsamı içerisine alınabilmektedir.

Kişilerin gösterdikleri sağlık davranışlarının toplumsal bir yönü bulunmaktadır. Bununla birlikte sağlık davranışları konusu sağlık sosyolojisi alanı açısından oldukça önemlidir. Kişilerin sağlık sorumluluğuna sahip olmaları onların sağlığına olumlu yönde katkı sağlayabilmektedir. Çünkü sağlık sorumluluğuna sahip kişiler hastalandıklarında ya da kendilerinde hastalık belirtileri gördüklerinde sağlık kuruluşuna başvurmakta, sağlıklarını geliştirmek için eğitimler almakta, kitap okumakta veya sağlıkla ilgili çeşitli faaliyetlere katılabilmektedirler.

Bireylerin kişilerarası ilişkilerinin iyi olması daha sağlıklı olmalarına neden olabilmektedir. Bu anlamda kişilerin yaşadıkları problemleri başkalarıyla paylaşabilmeleri, başkalarına duygularını ifade edebilmeleri, hastalandıklarında sosyal destek almaları sağlıklarının daha iyi düzeyde olmasını beraberinde getirebilmektedir.

Kişilerin gösterdiği sağlık davranışlarından biri de beslenmedir. Beslenmenin toplumsal bir boyutu da bulunmaktadır. Beslenme düzeni, hangi tür yiyeceklerin ne kadar yenildiği, sağlıklı yiyecekler yenip yenmediği gibi beslenme ile ilgili pek çok faktör, kişilerin sağlığı üzerinde etkiye sahiptir.

Kişilerin egzersiz ve spor yapmaları sağlık düzeylerini etkilemektedir. Egzersiz ve spor yapma çeşitli toplumsal faktörlere göre değişim gösterebilmektedir. Kişiler düzenli egzersiz yaptıklarında daha sağlıklı olabilmektedirler. Ancak kimi zaman aşırı ve bilinçsiz bir şekilde yapılan egzersizler kişilerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Günümüzde hastalıklar sadece biyolojik nedenlere göre açıklanamamaktadır. Çünkü hastalıklar kişilerin yaşam koşullarından dolayı da ortaya çıkabilmektedirler. Bu bakımdan stresin sağlığı olumsuz yönde etkilemesinden bahsedilebilir. Stres yönetiminde başarılı olan kişilerin sağlık durumları daha iyi iken, stres yönetimi başarısız olan kişilerin sağlık durumlarının kötü olabileceği ifade edilebilir.

Toplumda bireylerin manevi gelişimleri de sağlıkları üzerinde etkiye sahiptir. Bu anlamda hayata olumlu bakan, amacı olan, umudu olan, kendisiyle barışık olan, günlük çeşitli aktiviteleri olan, ilahi bir gücün varlığına inanan kişilerin daha sağlıklı oldukları ifade edilebilir.

Sağlık davranışları sağlığın korunmasına ve gelişmesine olanak sağlamaktadır. Ancak kişiler sağlık davranışlarının tersine çeşitli riskli davranışlar sergilemeyi de tercih edebilmektedirler. Tıpkı sağlık davranışlarının olduğu gibi riskli sağlık davranışlarının da toplumsal boyutları bulunmaktadır. Sigara kullanmak, alkol kullanmak, uyuşturucu kullanmak, emniyet kemeri kullanmamak, yüksek hızda araba kullanmak, alkollü iken araba kullanmak gibi davranışlar ise riskli sağlık davranışlarından bazılarıdır.

1.2.3. Sağlık Statüsü

Sağlık statüsü, kişilerin sağlık bakımından hangi konumda olduğunu ifade etmektedir. Sağlık statüsü nüfus (nüfus artış hızı, genç ya da yaşlı nüfus), fiziki, biyolojik ya da sosyal çevre, politik sistem (sağlığa yönelik alınan kararlar), sağlık hizmetleri (koruyucu ya da tedavi edici), kültürel sistem (normlar, değerler), kalıtım (genetik faktörler), ekonomik sistem (gelir, iş durumu), yaşam tarzları, alışkanlıklar gibi faktörler tarafından şekillenmektedir (Somunoğlu, 2012: 7).

Toplumda yaşayan bireylerin yaşları ile sağlık statüleri arasındaki ilişkiye bakmak gerekirse yaş ilerledikçe sağlık statüsünün düşüş gösterdiği ifade edilebilir. Bu duruma neden olan esas faktör biyolojik temele göre açıklanabilir. Ancak küçük yaştaki çocukların da hastalığa yetişkinlere oranla daha çok maruz kaldıkları unutulmamalıdır.

Kişilere koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilme düzeyi de sağlık statüsü üzerinde etkiye sahiptir. Koruyucu sağlık hizmetlerin etkin bir şekilde verilmesi, kişilerin bu tarz sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde ulaşmaları sağlık statüsünde yükselişi beraberinde getirebilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra tedavi edici sağlık hizmetlerinin de etkin olması kişilerin sağlık statülerini artırabilmektedir.

Toplumda yaşayan kişilerin sosyoekonomik seviyesi yükseldikçe sağlık statüsünde de bir artış söz konusu olabilmektedir. Çünkü eğitim seviyesi, gelir düzeyi, yaşanılan çevre gibi pek çok faktör kişilerin sağlığını direk olarak etkileyebilmektedir. Sosyoekonomik seviyenin yanı sıra yaşam tarzları ve boş zaman etkinlikleri de sağlık statüsü üzerinde etkilidir. Bu nedenle sosyal tabakalaşma ile sağlık statüsü arasında bir ilişkinin olduğu dile getirilebilir.

Kişilerin sağlık statüsünü etkileyen bir diğer faktör ise genetik özelliklerdir. Kişilerin genetik özellikleri onların hastalanmalarına ya da sağlıklı olmalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle genel olarak söylemek gerekirse biyolojik, psikolojik ve toplumsal faktörlerin sağlık statüsü üzerinde etkili olduğu ifade edilebilir.

BÖLÜM II

2. TOPLUMSAL CİNSİYET, SAĞLIK VE HASTALIK İLİŞKİSİ

Yaş, eğitim düzeyi, ikametgâh yeri, meslek, sosyoekonomik durum gibi pek çok faktör, kişilerin hastalık ya da sağlık düzeyleri ile ilişkilidir. Bu faktörlerden biri de kuşkusuz toplumsal cinsiyettir. Bir yandan biyolojik anlamda cinsiyet, diğer yandan toplumsal cinsiyet kişilerin sağlık ve hastalık düzeylerini, sağlık davranışlarını, riskli sağlık davranışlarını, sağlık hizmetlerini kullanma ya da sağlık hizmetlerine erişim düzeylerini etkileyebilmektedir.

2.1. Toplumsal Cinsiyet ve Cinsiyet Bağlamında Sağlık ve Hastalık Üzerine Etki Eden Faktörler

Dünya üzerindeki hemen hemen bütün toplumlarda kadınlar erkeklerden daha çok hastalığa sahip olmakla birlikte daha uzun süre yaşamaktadırlar. Bu durumun nedeni biyolojik, toplumsal ve psikolojik faktörlere göre açıklanabilir. Genel olarak toplumsallaşma biçimleri, medikalizasyon süreci, medyada kadın ve erkeklerin sunulduğu ve medyadaki sağlık programları, cinsiyetler arasındaki eşitsizlik ve biyolojik farklılıkların kadın ve erkeklerin sağlık ve hastalıkları üzerinde etkiye sahip olduğu ifade edilebilir.

2.1.1. Toplumsallaşma Sürecinin Kadın ve Erkek Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Kadın ve erkeklerin sağlık ve hastalık düzeyleri, sağlık ve riskli sağlık davranışları, sağlık hizmetlerini kullanım düzeyleri ve ortalama yaşam sürelerini toplumsallaşma süreci ve toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkilendiren görüş daha çok feministler tarafından benimsenmektedir. Bu düşünceye göre toplumlarda erkek çocuklarına sağlıklı olma, güçlü olma, dayanıklı olma gibi roller verilirken; kız çocuklarına hasta olma, dayanıksızlık, zayıflık gibi roller verilmektedir (White, 2009: 133; Annandale ve Clark, 1996: 19; Cockerham ve Scambler, 2010: 18). Bu nedenle kadınların toplumda hasta, erkeklerinse sağlıklı olarak inşa edildikleri dile getirilmektedir.

Toplumda hasta rolü genellikle kadınlara verildiği için kadınlar hastalıklarını erkeklere oranla daha çok kabullenebilmekte, hastalıklarını erkeklere oranla daha çok

bildirebilmekte ve sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanabilmektedirler (Annandale, 2010; Radley, 2004). Kadınların erkeklere göre hastalıklarını daha çok bildirmeleri ve sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanmaları, daha fazla sayıda hastalığa sahip olmalarına neden olabilmektedir. Çünkü kadınların hastalıklarına tanı konulabilmektedir. Kadınların erkeklere göre sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmalarının bir diğer sonucu ise hastalıklarına erken dönemde teŗhis konulması, tedavi olmaları ve sonuç olarak daha uzun süre yaŗamalarıdır.

Kadınların toplum içindeki konumları hasta olarak inŗa edilmeleri sürecine katkı sağlayabilmektedir. Kadınlarla erkekler arasındaki yaŗam farklılığı, kadınların daha çok hasta rolü sergilemelerine neden olabilmektedir (Annandale, 2010; Radley, 2004). Kadınların erkeklere oranla alıŗma hayatında daha az var olmaları ve daha çok evde vakit geçirmeleri hasta rolü sergilemelerine olanak sağlayabilmektedir. Çünkü hasta olan bir kiŗinin iyileŗmesi ve eski hayatına dönmesi için istirahat etmesi gerekmektedir. Erkeklerin kadınlara oranla daha çok iŗ yaŗamında bulunmaları ve ailenin geçimini sağlamak için alıŗmak zorunda olmaları, hasta rolü sergilemelerine engel olabilmektedir.

Sosyalizasyon sürecinde daha çok erkeklere atfedilen rekabet, dayanıklılık, sertlik, duygularını bastırma, saldırganlık, sağlığı ihmal etme (Levant ve Pollack: 1995: 1) baŗarılı olma, bağımsızlık (Isacco, 2013), maceracı olma, hareketli olma gibi cinsiyet rolleri onların sağlık ve hastalık düzeyleri üzerinde etkili olabilmektedir. Hastalık kiŗilerin pasif kalmasına yol açabilmektedir. Erkekler pasif ve hareketsiz kalmamak için hasta rolü davranıŗı sergileme konusunda zorluk yaŗayabilmektedirler. Bu da erken yaŗta tkenmelerine ya da kronik hastalıklara maruz kalmalarına davetiye çıkarabilmektedir (Goldberg, 2010: 69-70).

Erkeklere toplum tarafından verilen kendine güvenen özellikleri, güçlü yapıları, sağlık sorunlarına olan vurdumduymazlık rolü, hastalıklara karŗı inkarı beraberinde getirebilmektedir (Bates vd., 2009). Goldberg'e (2010: 136) göre toplum içinde erkekler güçlü ve suskun bir hale bürünmektedirler. Bu nedenle çoğu zaman hastalandıklarında bu durumdan ŗikyeti olmamaktadırlar. Bununla birlikte erkeklerin hasta olmaya karŗı direnmelerinin bir baŗka nedeni de baŗkalarına bağımlı

olmak istememeleri olabilir. Hastalıklarını görmezden gelen ya da inkâr eden erkekler, sağlık hizmetlerinden yeterince ya da zamanında yararlanamamaktadır. Bu nedenle hastalıklarına geç teşhis konulmakta ve erken yaşta hayatlarını kaybedebilmektedirler.

Kadın ve erkeklerin toplumsallaşma süreçlerinde edindikleri cinsiyet rolleri onların riskli sağlık davranışları üzerinde de etkiye sahip olabilmektedir. Erkeklerin kız çocuklarına göre daha özgür yetiştirilmeleri, maceracı olmaları, korkusuz olmaları onların riskli sağlık davranışları sergilemelerine neden olabilmektedir. Bu nedenle sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanıma, emniyet kemeri kullanmama gibi riskli sağlık davranışları sonucunda sağlıklarını yitiren ya da sakat kalan erkeklerin oranı kadınlardan çok daha yüksek olabilmektedir.

2.1.2. Medikalizasyon Sürecinin Kadın ve Erkek Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Medikalizasyon (tıbbileştirme), tıbbi olmayan veya sosyal olan bir durumun tıbbi bir problem, hastalık veya tedavi olunması gereken bir problem olarak tanımlanmasıdır (Sezgin, 2015: 161). Kavram sosyoloji literatürüne 1970’li yıllarda girmiştir. Bu kavramla yaşam koşulları, sosyal davranış ve sosyal statülerin tıp uzmanları tarafından kontrol edildiği vurgulanmaktadır. İlk olarak feministler kadınların tıp tarafından kontrol edilmeye çalışıldığını dile getirmişlerdir. 1990’lardan sonra bedenlerin ve hastalıkların medikalizasyon süreci ile inşa edildiği fikri ortaya atılmıştır. 2000’li yıllarda ise ilaç endüstrisine yönelik eleştiriler yapılmaya başlanmıştır (Riska, 2013).

Medikalizasyon süreci ile birlikte kişiler kendi bedenleri ile ilişkili konularda tıbbi bir otoriteye ihtiyaç duymaya başlamışlardır. Hasta olduğunda yatağa girip girilmeyeceği, gündelik yaşama ne zaman döneceği, nasıl besleneceği, ne tür egzersizler yapılması gerektiği hekimler tarafından belirlenmektedir (Goldberg, 2010:130). Tıp insanlar üzerindeki stresi çoğaltarak kendisine olan bağımlılığı artırabilmektedir (Illich, 2011: 36). Toplumda kişilerin hekimlerin önerdiği doğrultuda hareketler sergilemeleri tıbbın güçlü hale gelmesine neden olabilmektedir.

Medikalizasyon süreci içerisinde kadınların hasta olarak inşa edildikleri ve bu sürece hekimlerin büyük katkı sağladıkları yönünde görüşler bulunmaktadır.

Doktorların kadın sağlığı ile ilgili problemlere dikkat çeken, önemini vurgulayan ve bu nedenle kadınları hasta olarak inşa eden bir tıp kültürü içinde eğitildikleri fikrinin kabul görmesi, bu tür görüşleri güçlendirebilmektedir. Medikalizasyon süreci içerisinde kadınların yaşam döngüsü içinde son derece normal olan, fakat dışardan bir hastalık olarak nitelendirilen, adet görme, çocuk doğurma ya da menopo­z süreci kadınların hasta olarak inşa edilmelerine katkı sağlayabilmektedir (Turner, 2011: 132; Lorber ve Moore, 2002). Gebelik, doğum ve menopo­z dışında pre-menstrual (adet öncesi) gerilim, doğum sonrası depresyonu gibi çeşitli psikiyatrik hastalıkların da medikalizasyon süreci ile birlikte ortaya çıktığı dile getirilmektedir (Radley, 2004).

Sancar’a (2013: 176) göre kadının doğurganlığı biyolojik cinsiyetinin gereğidir. Ancak kadınların söz konusu biyolojik yaratıcılık hali tıbbi bir tür sorun ya da korunmayı gerektiren zayıf insanlık hali olarak tanımlanmalarına neden olabilmektedir. Elçik’e (2013: 158) göre ise medikalizasyon süreci ile gebelik hastalık olarak inşa edildiği gibi, bebek doğurma süreci de tıbbi olarak inşa edilmektedir. Geçmişte bebek doğurma normal bir süreç içinde gerçekleşirken, medikalizasyon süreci ile birlikte tıbbi olarak değerlendirilmeye başlanmıştır.

Gebeliğin tıbbi bir durum olarak algılanmasının kadın sağlığı açısından olumlu ve olumsuz etkilere sebep olduğu söylenebilir. Gebelikte kullanılan ilaçlar, engelli çocuk doğurma olasılığı, vitamin ilaçları, sezaryen, düşükle sonuçlanabilecek gebeliklerin devam ettirilmesi, defalarca uygulanan tüp bebek uygulamaları gibi birtakım tartışmalı durumlar kadınların sağlığını biyolojik, sosyal ve psikolojik yönden olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Gebelikte kullanılacak ilaçlar ve uygulamalar konusunda hekimler arasında fikir birliği olmaması, zaman zaman tartışmaların yaşanması gebelerin kararsız kalmalarına neden olabilmektedir. Bu durumda gebe kadın doktorların önerilerini dikkate almakta ya da çevreden elde ettiği bilgilere göre hareket edebilmektedir. Ancak hekimlerin kadınlar üzerinde her zaman olumsuz etkilerde bulunduğunu söylemek yanlış olacaktır. Çünkü geçmişte birçok kadın ve bebek evde doğum yaparken ortaya çıkan riskler sonucunda hayatlarını kaybetmiş ya da sakat kalmışlardır. Bu nedenle doğum

olayının hastanelerde gerçekleştirilmesi kadın sağlığı açısından oldukça önemli olduğu ifade edilebilir.

Medikalizasyon süreci içerisinde kadınların hasta olarak inşa edilmesine neden olan durumlardan biri de menopozdur. User'e (2010: 144) göre medikalizasyon süreci menopoza gibi doğal ve kaçınılmaz olarak yaşanması gereken yaşam evresini tıbbın denetimine sokmuştur. 18. yüzyılın sonlarına doğru menopoza patolojikleştirilerek, orta yaşta olan kadınların neredeyse bütün rahatsızlıkları menopoza bağlanmıştır. Bu anlamda bayılma, bulantı, kusma, sersemlik hissi, baş ağrısı, hıçkırık, çarpıntı gibi tüm belirtilerin menopoza sonucunda ortaya çıktığı kabul edilmiştir (abuklu, 2006: 15). 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra menopoza ilgili yapılan çalışmalar giderek artmıştır. Bu dönemde menopoza yönelik biyolojik, psikolojik ve çevresel açıklamalarda bulunulmuştur. Ancak tüm açıklamaların ortak noktası menopozun bir hastalık olarak değerlendirilmesi yönündedir (Bell, 1990: 174).

20. yüzyılın başlarında modern tıp menopoza nedeni olarak yumurtalıklardaki bozulma ve östrojen eksikliğini gündeme getirilmiştir (abuklu, 2006: 19-21). Bu nedenle bu yıllardan sonra menopoza giren kadınlara östrojen içeren ilaçları kullanmaları önerilmiştir. Hatta 1975 yılında hekimler tarafından en çok reçete edilen ilaçlardan biri östrojen ilaçlarıdır (Bell, 1990: 176). Günümüzde de menopoza döneminde kullanılan hormon takviyesi doktorlar ve kitle iletişim araçları tarafından sürekli vurgulanmaktadır. Hormon takviyesinin kadınların sıkıntılarını hafifleteceği, onları kalp hastalıklarından, kemik erimesinden, bunamadan, depresyondan, cinsel fonksiyon bozukluklarından ve ciltteki yaşlanma belirtilerinden koruyacağı dile getirilmektedir. Ancak 2003 yılında ABD'li bir araştırma grubu tarafından hormon tedavisinin beklenilenin tam tersine meme kanserine ve kalp hastalıklarına neden olabileceği iddia edilmiştir (User, 2010: 146; Clawley vd., 2008 :167). Bu nedenle kadınlar menopoza durumunda östrojen ilacı kullanıp kullanmama konusunda kararsızlıklar yaşayabilmektedirler.

Günümüzde tıbbileştirme sürecinin genel olarak kadınlar üzerinden yürütüldüğüne dair çeşitli görüşler dikkati çekmektedir. Ancak gelecekte erkeklerin de tıbbileştirileceğine dair öngörüler bulunmaktadır. Çünkü erkeklere ilişkin

tıbbileştirme, büyüyen potansiyel bir pazar niteliği taşımaktadır. Tıbbi girişimcilerin, ilaç ve kozmetik endüstrisinin yeni bir pazar oluşturması, erkeklerin yaşlanma ve cinsel performans endişelerini azalan maskülenlik işareti olarak göstermeleri, erkeklerin endişelerinin artmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle tıbbileştirme süreci için de sık sık egzersiz yapan kaslı erkek bedenleri, andropoz, iktidarsızlık, saç dökülmesi gibi problemler dile getirilmektedir (Sezgin, 2015: 175). Bu gibi problemler medyada sıklıkla yer almakta ve çeşitli bitkisel ürünlerin reklamları yapılmaktadır. Ancak tavsiye edilen ilaçlar ya da uygulamaların erkeklerin sağlıkları üzerinde biyolojik, psikolojik ve toplumsal bağlamda olumsuzluklara davetiye çıkarması olasıdır.

Genel olarak söylemek gerekirse medikalizasyon sürecinde kadınlara özgü menopoza, gebelik gibi çeşitli durumların hastalık olarak inşa edildiği ifade edilebilir. Ancak günümüzde erkeklere dair iktidarsızlık, saç dökülmesi gibi durumlar da hastalık olarak inşa edilmeye başlanmıştır. Medikalizasyon süreci kişilerin sağlıkları üzerinde çeşitli etkilere sahip olabilmektedir.

2.1.3. Medyanın Kadın ve Erkek Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Toplumsallaşma ve medikalizasyon süreçlerinin yanı sıra medyanın da toplumsal cinsiyet bağlamında sağlık ve hastalık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı, hasta bakıcılık gibi faktörlerle ilişkili rolü bulunabilmektedir. Medyada yapılan sağlık programları, kadın ve erkek beden imajının sunumu gibi faktörler kadın ve erkeklerin sağlıkları üzerinde etkili olabilmektedir.

Sezgin'e (2015: 159) göre tıbbileştirme süreci içerisinde tıbbi teknoloji üretenler, ilaç endüstrisi, özel hastaneler ve özel sağlık sigortaları, kozmetik sektörü gibi sağlıklı yaşam endüstrisinin tüm aktörleri sağlığı yeniden tanımlamakta ve biçimlendirmektedir. Medya ise bütün bu uygulamalara aracılık etmektedir. Günümüzde medyanın bireyler ve toplumlar üzerindeki etkisinin oldukça yüksek düzeyde olduğu düşünüldüğünde, tıbbileştirme sürecinin medya aracılığıyla daha da etkin hale geldiği ifade edilebilir.

Medyada yer alan sağlık programlarının temel hedef kitlesi kadınlardır. Çünkü kadınlara ev kadını ya da anne olarak aile üyelerinin sağlığından sorumlu olma ve

hastalık durumlarında temel bakıcılık rolleri verilmektedir. Bu tür sağlık programları incelendiğinde programa katılan izleyicilerin genellikle kadınlar olduğu ve onlara hastalıklar, hasta bakımı, sağlıklı beslenme şekilleri gibi konularda bilgiler verildiği görülmektedir (Şahin Kaya, 2011: 121). Koçak ve Bulduklu (2010: 6) tarafından yapılan araştırmada sağlık programlarının çoğunlukla hafta içi günlerin tamamında yayınlandığını ve gündüz saatlerinde yayınlanan bu programları takip edenlerin çoğunlukla 50 yaş üzerindeki kadınlar olduğu ifade edilmektedir.

Medyada sağlık programlarının daha çok kadınlar tarafından takip edilmesi, kadınların sağlık, hastalık, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık hizmetleri gibi alanlardaki bilgi birikimine daha fazla sahip olmalarına neden olabilmektedir. Kadınların sağlık konusunda daha çok bilgili olmaları ise sağlıklarına karşı daha duyarlı olmalarını ve sağlık hizmetlerini daha çok kullanmalarını beraberinde getirebilmektedir. Dolayısıyla kadınların hastalıklarına daha çok teşhis konulabilmektedir.

Diğer taraftan özellikle medya tarafından kadınlara yönelik oluşturulan beden imajı, kadınların sağlık algısını değiştirebilmektedir. Son zamanlarda kadın bedeni zayıflıkla, güzellikle, temizlikle, başarıyla, fiziksel olarak fit olmayla ön plana çıkarılmaktadır. Bu nedenle yapılan araştırmalarda birçok kadının kilosundan, yaşından ve bedeninden memnun olmadığı sonucu ortaya konulmaktadır. Özellikle moda, güzellik ve kozmetik endüstrisinin reklamları beden memnuniyetsizliğine neden olabilmektedir (Paquette ve Raine, 2004). Bedenden memnun olmamak ise psikolojik ve fiziksel olarak sağlık düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Günümüzde özellikle televizyon kanallarında kadın bedenlerinin değişimlerini konu edinen programlar yapılmaktadır. Bu programlarda bedensel anlamda çeşitli problemleri olan, burun, kaş göz, elmacık kemiği gibi organlarda estetik anlamda problemleri olduğu ve bu manada mutsuz olduğu düşünülen kadınların, çeşitli estetik operasyonlardan geçirilerek “mutlu ve hayatla barışık” olmaları sağlandığı ileri sürülmektedir. Bu programlarda kadınların ideal kilolarına ulaşmaları için de çeşitli uygulamalarda bulunmaktadır. Kimi televizyon kanalında kadınların kilolarını verdirmek için hekim kontrolünde yarışmalar bile yapılmaktadır.

Kadınların sağılığını etkileyen medya organlarından biri internettir. Küçükşen'e (2016: 149) göre internet haber sitelerinde ciddi sağılık sorunlarından çok diyet, zayıflama, güzellik, estetik gibi konular işlenmektedir. İnternet vasıtasıyla üretilen sağılıklı yaşam önerilerinin hedef kitlesini de büyük ölçüde kadınlar oluşturmaktadır. Ayrıca internet içeriklerinde kadınlara her zaman genç, güzel, ince, ideal bedene sahip, bakımlı olma gibi roller atfedilmektedir. Dolayısıyla kadınlar ideal bir bedene sahip olmak için çeşitli uygulamalara girişebilmektedirler.

Kadınların yanı sıra erkeklerin sağılıkları üzerinde de medyanın etkisinden söz edilebilir. Medya aracılığıyla kas yapan, vücut geliştiren erkek sayısı her geçen gün artmakta; kaslı ve sağılıklı bir görünüme sahip olan erkekler idealleştirilmektedir (Erdoğan, 2014). Aynı zamanda erkek kimliğinin makulen şekilde inşası risk üzerine kurulabilmektedir (Crawshaw, 2007). Dolayısıyla birçok erkek bu görünüme sahip olabilmek için sağılıklarını tehlikeye atan çeşitli ilaçlar kullanabilmekte ya da çeşitli uygulamalara başvurabilmektedir.

Önceleri reklamlarda ağırlıklı olarak kadın bedenleri yer alırken günümüzde otomobil, tıraş losyonu, parfüm gibi ürünlerin reklamlarında erkek bedenleri de görünür olmaya başlamıştır (Öztürk, 2012). Dolayısıyla popüler kültürde daha ön plana çıkan erkeklerin günümüzde, geçmişe oranla daha yakışıklı ve bakımlı görünmek için çeşitli davranışlar sergiledikleri söylenebilir.

Genel olarak söylemek gerekirse medyanın medikalizasyon sürecini daha etkili hale getirdiğı, bu yüzden sağılık ve hastalık algısını değıştirdiğı ifade edilebilir. Medyada sunulan kadın ve erkeklerin beden imajı, onların sağılıkları üzerinde psikolojik, biyolojik ve toplumsal bağlamda olumsuzluklara neden olabilmektedir. Ayrıca medyada kadınlara yönelik sağılık içeriklerine daha çok yer verilmesi, onların sağılık, hastalık ve sağılık hizmetlerini kullanma düzeylerini etkileyebilmektedir.

2.1.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın ve Erkek Sağılığı Üzerindeki Etkileri

Genel olarak toplumsal eşitsizliklerin sağılık ve hastalık üzerinde etkili olduğunu söylenebilir. Kişiler arasında ekonomik durum, eğitim düzeyi, meslek, yaşam olanakları gibi çeşitli alanlarda eşitsizlikler bulunmakta, bu eşitsizlikler onların sağılık

statülerini, sağlık hizmetine erişimlerini ve sağlık hizmetlerini kullanma düzeylerini etkileyebilmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin de erkek ve kadınlar arasında bu tarz eşitsizliklerin yaşanmasına neden olduğu ifade edilebilir.

Toplumlarda aile içi şiddet, kadınların ücretli bir işte çalışmıyor olması, ekonomik olarak başkalarına bağımlı olmaları, yoksulluk, eğitimsizlik ve bölgesel eşitsizlikler, kadercilik, sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, sağlık hizmetlerine ulaşmadaki güçlükler ve sosyal statü düşüklüğü (Özçelik Adak, 2002: 171) gibi pek çok faktör, kadınların erkeklere oranla daha çok hastalanmalarına neden olabilmektedir.

Toplumsal cinsiyet faktörü erkek ve kadınların yaşamlarını şekillendirerek onların kaynaklara ulaşma ve sağlık bakımı elde etmelerinde bir takım eşitsizliklere yol açabilmektedir. Bu eşitsizlik en fazla gelir dağılımında kendini göstermektedir (Özvarış, 2008: 169). Yeterince parası olmayanlar sağlık hizmetlerinden faydalanamamaktadırlar. Bu durum her iki cinsiyeti de etkilemektedir. Ancak aynı yoksulluk seviyesinde olan kişiler karşılaştırılacak olunursa kadınların erkeklere göre sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları görülebilmektedir. Dünyanın belirli bölgelerinde kadın ve kız çocukları için aile üyeleri tarafından daha az sağlık harcaması yapılmaktadır. Bu durumun nedeni kadınların düşük bir statüde bulunmaları ve karar verme güçlerinin yetersiz olmasıdır (Akın ve Demirel, 2003: 80; Ecevit, 2003: 85). Ülkemizde giderek azalmakla birlikte, kent merkezlerinden kırsal alanlara ve Batıdaki bölgelerden Doğu'daki bölgelere gidildikçe, devam eden geleneksel yaşam biçimi ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların sağlık hizmetlerine yeteri düzeyde erişmelerine engel olabilmektedir (Özbaş ve Özkan, 2010: 542).

Kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmasında finansal engellerin yanı sıra geleneksel ve kültürel engeller de bulunabilmektedir. Örneğin kadın sağlık çalışanının bulunmadığı durumlarda, erkek sağlık personelinin kadınları tedavi etmesi kadın ve ailesi için kabul edilemez görülebilmektedir. Bu nedenle kadınlar erkek sağlık çalışanına başvurmadan kaçınabilmektedirler. Kadınların düşük özgüvene sahip olmaları da sağlık hizmetlerine erişimlerini engelleyebilmektedir (Akın ve Demirel, 2003: 81; Coşkun ve Özdilek, 2012; Sezgin, 2015: 159).

Toplumlarda kadınlara ve kız çocuklarına daha az değeri verilmesi, eğitim olanaklarından daha düşük düzeyde yararlanmalarına neden olabilmektedir (Özvarış, 2008: 169). Kadınların eğitim düzeylerinin düşük seviyede olması ise sağlıklarını kötü yönde etkileyebilmektedir. Çünkü kadınlar sağlıklarını korumak ya da tedavi olmak konularında sınırlı bilgilerine göre davranışlar sergileyebilmektedirler. Sınırlı bilgi ise kimi zaman hastalıkların görmezden gelinmesine ve tedavi sürecinin uzamasına neden olabilmektedir (Sezgin, 2015: 158).

Şüphesiz ki kadınlar gebelik ve doğum gibi faktörlerden dolayı hekime daha çok başvurmakta, bu nedenle sağlık hizmetlerinden erkeklere oranla daha çok yararlanmaktadırlar (Lorber ve Moore, 2002). Ancak kadınlar karar verme, fırsatları kullanma ve hizmetlere ulaşmada ciddi sorunlarla karşılaşabilmektedirler. Ki bu tür sorunlar, geleneksel toplumlarda daha fazla karşımıza çıkabilmektedir.

Erkekler genel olarak sağlıkla ilgili kaynaklara ulaşma konusunda benzer gruptaki kadınlardan daha avantajlıdır (Doyal, 2009:429). Çünkü ekonomik olarak kadınlardan daha iyi durumdadırlar, sağlık güvencesine daha çok sahiptirler ve sağlık kuruluşuna başvurma ile ilgili kararları kendileri alabilmektedirler. Elbette bu durum daha çok geleneksel toplumlarda geçerlidir. Özellikle geleneksel toplumlarda kadınlar ücretli bir işte çalışmadıkları için eşlerinin ya da babalarının sağlık güvencesinden faydalanabilmektedirler.

Kadın ve erkekler arasındaki eşitsizlik, kadınların sağlık hizmetlerini kullanmalarında çeşitli engellerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Ancak kadın ve erkeklerin sahip oldukları cinsiyet rolleri onların sağlık hizmetlerini kullanma düzeylerini etkileyebilmektedir. Kadınların erkeklere göre hasta rolüne daha çok uyum sağlamaları ve sağlıkla ilgili bilgilere daha çok sahip olmaları, sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanmalarına olanak sağlayabilmektedir.

Erkekler ise kadınlara göre hasta olduklarında daha az şikâyet etmekte, daha az duygusal tepki vermekte ve fiziksel acılara daha fazla katlanabilmektedirler (Courtenay, 2000; Östlin vd., 200: 180; Goldberg, 2010: 71; Tanrıverdi vd., 2007). Dolayısıyla erkekler kadınlara oranla sağlık hizmetlerinden daha az faydalanabilmektedirler.

Sonuç olarak cinsiyetler arasındaki eşitsizlik göz önüne alındığında, sosyoekonomik olarak erkeklerin sağlık hizmetlerinden faydalanma noktasında avantaja sahip oldukları, ancak erkek ve kadınlara verilen toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı kadınların sağlık hizmetlerinden daha çok faydalandıkları, bu nedenle kadınların hastalıklarına daha çok teşhis konulduğu ifade edilebilir.

2.1.5. Biyolojik Farklılıkların Kadın ve Erkek Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Kadın ve erkekler arasındaki biyolojik farklılık onların sağlık ve hastalıkları üzerinde etkili olabilmektedir. Kadın ve erkeklerin farklı üreme organlarına sahip olmaları kadınlarda rahim kanseri, yumurtalık kisti gibi hastalıklara; erkeklerin ise prostat kanseri gibi bir takım hastalıklara yakalanmalarını beraberinde getirebilmektedir. Kadınların erkeklerden farklı olarak gebelik ve doğum gibi süreçlerden geçmeleri kansızlık, kemik erimesi gibi hastalıklara daha yatkın olmalarına neden olabilmektedir.

Kadın ve erkeklerin biyolojik yapılarından kaynaklanan farklılık onların sağlıklarını ya da yaşam sürelerini doğum öncesi ve bebeklik döneminde de etkileyebilmektedir. Erkek bebeklerin daha doğmadan önce kendiliğinden düşmeleri ya da ölü olarak doğma olasılıkları kız bebeklere göre daha yüksektir. Aynı zamanda doğumdan itibaren ilk 6 ay içerisinde erkek bebeklerin ölüm oranı kız bebeklere göre daha yüksek seviyededir (Akın, 2007: 2; Browne, 2011).

Kadın ve erkekler arasındaki hormonal farklılıklar da onların sağlık ya da hastalık durumunu etkileyebilmektedir. Örneğin menopoz dönemine kadar kadınların salgıladıkları hormonlar onları iskemik kalp hastalıklarından korumaktadır. Menopoz sonrası dönemde ise osteoporoz, şeker hastalığı, yüksek tansiyon, artrit ve bağışıklık sistemi hastalıkları kadınlarda daha yaygın olarak görülmektedir (Akın, 2007: 2). Dolayısıyla kadınların hormonal yapılarının onları bazen hastalıklardan koruduğu, bazen ise hastalıklara davetiye çıkardığı ifade edilebilir.

Erkek ve kadınların hastalık ya da sağlık düzeylerini etkileyen bir başka faktör de riskli sağlık davranışlarıdır. Bu bağlamda erkeklerin saldırgan davranışlarını hormon düzeylerine bağlayan görüşler dikkati çekmektedir. Bu düşünceye göre erkeklerde saldırganlığa neden olan hormonların daha yüksek seviyede salgılanması,

erkeklerin bu yönde daha çok davranışlar sergilemelerine dolayısıyla da hastalanmalarına, sakat kalmalarına ya da hayatlarını kaybetmelerine neden olabilmektedir.

2.2.Toplumsal Cinsiyetin Sağlık Statüsü Üzerindeki Etkileri

Kadın ve erkek sağlığı arasındaki farklılıklar paradoksaldır. Kadınlar erkeklere oranla daha çok hastalanma oranlarına sahipken, erkeklere oranla daha uzun süre yaşamaktadırlar. Bu durum dünya üzerindeki hemen hemen her bölge ve ülke için geçerlidir (Bird ve Rieker, 2008: 17; Riska, 2004: 11). Türkiye İstatistik Kurumu'nun açıkladığı verilere göre 2016 yılında ülkemizdeki nüfusun %50.2'sini erkekler, %49.8'ini kadınlar oluşturmaktadır. 65 ve yukarı yaş grubunun %43,9'u erkekler, %56,1'ini kadınlar oluşturmaktadır. 2015 yılında yapılan hayat tablolarına göre Türkiye'de doğuşta beklenen yaşam süresi 78 yıldır. Bu oran erkeklerde 75.3, kadınlarda 80.7 yıldır. Genel olarak kadınlar erkeklere oranla 5.4 yıl daha fazla yaşamaktadırlar (TÜİK, 2017). Kadınların erkeklere göre uzun süre yaşamaları daha çok hastalığa yakalanmalarının nedenlerinden biridir.

Ölme yaşındaki cinsiyet farklılığı birçok araştırmanın konusu olmuştur. Başlangıçta kadınlar zayıf cinsiyet olarak görülmüş ve kadınlar erkeklere oranla daha çok hasta olarak kabul edilmiştir. Ancak son yirmi yılda kadınların ve erkeklerin fiziksel ve ruh sağlığı düzeylerine ilişkin bilgilerin değişmesi, hangi cinsiyetin daha zayıf olduğu sorusunu gündeme getirmiş ve bu yönde çeşitli araştırmalar yapılmasına yol açmıştır (Bird ve Rieker, 2008: 10). Kadın ve erkeklerin farklı toplumsal cinsiyet rollerine sahip olmaları ve farklı toplumsallaşma süreçlerinden geçmeleri, farklı biyolojik yapıya sahip olmaları, erkek ve kadınlar arasındaki eşitsizlikler gibi pek çok faktör, onların ortalama yaşam sürelerini, sağlık statülerini, sağlık davranışlarını, riskli sağlık davranışlarını ve sağlık hizmeti kullanma düzeylerini etkileyebilmektedir.

Toplumsal cinsiyetin sağlık statüsü üzerindeki etkilerinin ele alındığı bu bölümde ilk olarak toplumsal cinsiyet- ruh sağlığı ilişkisi ele alınacaktır. Bu bağlamda erkek ve kadınlar arasında ruh sağlığı ve hastalıkları konusundaki farklılıklara değinilecektir. İkinci olarak toplumsal cinsiyet ile bedensel sağlık ilişkisi ortaya

konulmaya çalışılacak ve kadın ve erkeklerin bedensel sağlık ve hastalık durumları arasında karşılaştırma yapılmaya çalışılacaktır.

2.2.1. Toplumsal Cinsiyet ve Ruh Sağlığı İlişkisi

Toplumda bireylerin sağlıklarını etkileyen faktörlerden biri ruhsal hastalıklardır. Ruhsal hastalıkların görülme sıklığı ve türleri her geçen gün artmaktadır. Biyolojik etkenler, değişen toplum yapısı, farklı stres faktörleri, yaşam biçimi, boş zamanı değerlendirme faaliyetleri, kişilerarası ilişkiler, statü ve toplumsal rollerdeki değişimler gibi pek çok faktör, kişilerin ruh sağlıklarını etkileyebilmektedir.

Ruh sağlığını etkileyen faktörlerden biri de toplumsal cinsiyettir. Erkek ve kadınların sahip oldukları toplumsal cinsiyet rolleri, medikalizasyon süreci, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, içinde yaşanan kültürel yapı da onların ruh sağlığı ve hastalık türlerini ve düzeylerini etkileyebilmektedir. Bütün bu faktörler her iki cinsiyetin ruh hastalıklarına yakalandıklarında sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeylerine de etki edebilmektedir.

Kadın ve erkeklerde ruhsal hastalıkların farklı şekillerde ve oranlarda bulunması hormonal farklılıklara da dayandırılabilir (Nydegger, 2004:100). Bu nedenle toplumsal cinsiyet ile ruh sağlığı arasındaki ilişkinin bir diğer boyutu da biyomedikal modele göre açıklanabileceği ifade edilebilir. Biyomedikal modele göre kadın ve erkeklerin sağlık düzeyi arasındaki farklılığın temelinde biyolojik faktörler yatmaktadır.

Ruh sağlığı ile duygularını ve problemlerini ifade edebilme arasında ilişki bulunmaktadır (Tarhan, 2005: 262). Duygularını ve problemlerini başkalarına rahatlıkla anlatabilen kişiler psikolojik olarak rahatlayabilmektedirler. Diğer yandan ruhsal problemlerin bir hekime ya da psikoloğa ifade edilebilmesi, hastalığa teşhis konulması açısından oldukça önemlidir. Toplumsal cinsiyet farklılığı ile duyguları ya da problemleri başkalarına ya da kendisine ifade edebilme arasında ilişki bulunabilmektedir. Genel olarak kadınların erkeklere oranla duygularını başkalarına daha rahat bir şekilde ifade ettikleri söylenebilir.

2.2.1.1. Erkekler ve Ruh Sağlığı

Erkeklerin ruh sağlığı konusunu ele almadan önce erkeklerin toplum içindeki rollerinin, toplumsallaşma süreçlerinin, toplumun erkeklerden beklentilerinin önemine değinmek yerinde olacaktır. Çünkü bu faktörler erkeklerin kadınlardan farklı ruh hastalıklarına yakalanmalarına, kadınlardan farklı düzeyde sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına neden olabilmektedir.

Toplumlarda erkeklere genel olarak sertlik, sinirlilik, rekabetçilik, baskınlık, bağımsızlık, acıya dayanıklılık (Isacco vd., 2013), mertlik, cesaret, güçlü olmak, cinsel iktidara sahip olmak, ailenin reisi olmak, koruyuculuk, cinsel arzusunun yüksek düzeyde olması gibi özellikler atfedilebilmektedir (Bozok, 2011: 23). Bu nedenle erkekler açıktan ya da kendiliğinden duyguları dile getirme konusunda büyük rahatsızlıklar yaşayabilmektedirler (Goldberg, 2010: 65).

Özellikle geleneksel toplumlarda erkek olmak, duygularını gizlemeyi gerektirebilmektedir. Duygusallığın zayıflık işareti olarak görülmesi erkeklerin, duygularını ifade etmelerine engel olabilmektedir (Bozok, 2011: 80). Duyguların göz ardı edilmesi ise ruh hastalıklarına davetiye çıkarabilmektedir (Tarhan, 2005: 262). Problemlerini, endişelerini, hüznlerini paylaşan kişiler psikolojik olarak rahatlamakta, problemlerine çözüm yolları bulmaktadırlar. Ancak duygularını göz ardı eden kişiler bu avantajdan faydalanamamaktadırlar.

Çoğu erkek toplumsallaşma süreçlerinde endişelerini başkalarıyla paylaşmamaları gerektiğini öğrenmektedir. Bu nedenle erkekler ihtiyaç duymalarına rağmen sağlık profesyonellerinden yardım almayı istememekte ya da oldukça az oranda psikolojik yardım alabilmektedirler (Isacco vd., 2013). Çünkü böyle bir durumda kendilerini zayıf hissedebilmektedirler. Sağlık hizmetlerinden daha az oranda faydalanan erkeklerde, ruhsal hastalıklara daha az düzeyde teşhis konulabilmektedir.

Erkeklerde en çok görülen ruhsal problemler depresyon, anksiyete, stres, utanma hissi, duygularını tanıma ve ifade etme konusunda yetersizlik (aleksitimi), alkol kullanımı, uyuşturucu kullanımı, antisosyal davranışlar, intihar girişimi, şizofreni

başlangıcı, otizm ve öğrenme güçlüğü şeklinde sıralanmaktadır (Bird ve Rieker, 2008: 30; Doyal, 2009: 428; Isacco vd., 2013; Kronenfeld, 2006: 475; Nydegger, 2004: 95).

Ruhsal hastalıkların pek çok belirtisi bulunmaktadır. Bu belirtiler cinsiyete göre değişim gösterebilmektedir. Örneğin depresyonda olan kadın ve erkekler farklı davranış kalıpları sergileyebilmektedirler. Depresyonda olan erkeklerin büyük çoğunluğu suskun kalmayı, kendi kabuğuna çekilmeyi, başkalarıyla olan iletişimlerini kesmeyi tercih ederek bir anlamda depresyonda olduklarını yok sayabilmektedirler. Çünkü güçsüzlük duygusunun ortaya çıkaran depresyon, erkeklerde utanç duygusu yaşanmasına neden olabilmektedir. Bazı erkekler bu duyguyu bastırmak için alkol ve sigara kullanma, kumar oynama, madde bağımlılığı, öfke, saldırganlık, şiddet gibi zarar verici davranışlar sergileyebilmektedirler (Tarhan, 2005: 192; Zeybekoğlu, 2013: 93-94). Erkeklerin gösterdikleri bu tarz davranışlar ise onların sağlıklarını fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Erkeklerin kişiler arasındaki ilişkilerinin yeterli olmayışı intihar oranlarının kadınlara göre daha yüksek olmasına neden olabilmektedir. Ayrıca boşanmış erkeklerdeki ölüm oranı, boşanmış kadınlara oranla önemli ölçüde yüksek düzeydedir. Çünkü erkekler bir erkek arkadaşından yardım, teselli ve destek istemek yerine güçlü ve bağımsız görünmeyi tercih edebilmektedirler. Yine çok fazla düşünmeden bir başka kadınla ilişkiye girebilmekte, toplumdan uzaklaşarak yabancılaşabilmektedirler (Goldberg, 2010: 175).

Genel olarak söylemek gerekirse erkeklerin kadınlardan farklı olan hormonal yapıları ve toplumsal cinsiyet rolleri, onların çeşitli ruhsal hastalıklara yakalanmalarına neden olabilmektedir. Ancak erkeklerin duygularını ve problemlerini başkalarıyla ve özellikle hekimlerle paylaşmamaları, hastalıklarına daha az düzeyde teşhis konulmasına davetiye çıkarabilmektedir.

2.2.1.2. Kadınlar ve Ruh Sağlığı

Toplumlarda erkek ve kadınlardan beklenen farklı cinsiyet rolleri, erkek ve kadınlar arasındaki statü farklılaşması, toplumsallaşma süreci, medikalizasyon süreci gibi faktörler kadınlarla erkeklerin ruhsal düzeylerini, ruhsal hastalık türlerini ve bu tarz hastalıklar sonucunda sağlık hizmetlerine başvurma düzeyini etkileyebilmektedir.

Literatürde kadınların ruh hastalıklarıyla daha çok ilişkilendirildiğine dair görüşler bulunmaktadır. Bu görüşü dile getirenlerden biri de Turner'dır. Turner (2011: 112), tarih boyunca kadınların bazı hastalıklarla ilişkilendirildiklerini ifade etmektedir. Bu hastalıklardan biri de histeridir. Histeri terimi Grekçe "hysteria" ya da uterus (rahim) terimlerinden türetilmiş olup kökeni rahmin işleyiş bozukluklarına dayandırılmaktadır. Bu nedenle histeri kadınlara özgü bir hastalık olarak algılanmaktadır. Histerinin belirtileri ağlama, çılgılık atma, vücut kasılması, bayılma, aksilik, sinir krizleridir ve bu belirtilerin altında yatan temel neden olarak kadının anatomik yapısı görülmüştür. Histeri erkeklerde de görülmesine rağmen tarih boyunca daha çok kadınlarla ilişkilendirilmiştir.

Kadınlarla ilişkilendirilen bir başka hastalık da agorafobidir. Agorafobi (açık alan korkusu) mekânla ilgili bir hastalıktır. Turner (2011: 127-128), bu hastalığı kadın bağımlılığıyla ilişkilendirmiştir. Sürekli evine ve eşine bağlı olarak yaşayan kadınlar, dışarı çıktıklarında kendilerini güçsüz hissedebilmektedirler. Agorafobi sadece psikolojik bir rahatsızlığı betimlememektedir, aynı zamanda iyi kadının evde bulunan kadın olduğunu vurgulamaktadır. Bu nedenle agorafobinin kadınları kontrol altında tutmak amacıyla, toplumsal olarak ve medikalizasyon süreciyle inşa edildiği ifade edilmektedir.

Kadınların ruhsal hastalıklarla ilişkilendirildiğini dile getiren bir diğer görüşte hastane kayıtları öne sürülmektedir. Hastane kayıtlarına göre psikiyatri kliniklerine kadınlar erkeklere oranda daha çok yatırılmaları, bu yönde bir varsayımı gündeme getirmiştir. Ayrıca yapılan toplumsal araştırmalarda depresyon ve nevrotik bozuklukların kadınlarda daha yaygın bir şekilde görüldüğü ortaya konulmaktadır (Doğan ve Kocacık, 2006: 112). Tarhan'a (2005: 178) göre kadınların erkeklere göre kırılganlık ve örselenmeye karşı duyarlı olmaları depresyon ve panik bozukluk gibi hastalıklara daha çok yatkın olmalarını beraberinde getirebilmektedir.

Genel olarak bakıldığında erkek ve kadınların ruhsal sağlık problemlerinin birbirine benzediği görülmektedir. Ancak kadınlarda erkeklere oranla daha çok depresyon, anksiyete, hipokondri, kronik tükenmişlik sendromu, fibromiyalji, travma sonrası stres bozukluğu, mevsimsel duygu durum bozukluğu, bipolar bozukluğun

depresyon evresi, yeme bozuklukları (özellikle genç kadınlarda), panik bozukluklar, fobi, kişilik bozuklukları, intihar girişimleri ve intihar düşüncesi gözlenmektedir (Bird ve Rieker, 2008: 30; Doyal, 2009: 428; Kronenfeld, 2006: 475; Nydegger, 2004: 95).

Depresyonun kadınlarda daha fazla görülmesi sadece Türkiye ile sınırlı değildir. Çünkü genel olarak kadınların sosyalleşme şekilleri depresyona zemin hazırlayabilmektedir. Çoğu toplumda kadınlarda çeşitli depresyon belirtilerinin görülmesi normal karşılandığı için kadınlarda depresyon görülme oranı daha yüksek olabilmektedir. Bir başka deyişle “kadınsı toplumsallaşma” kadınların depresyona yakalanmalarına davetiye çıkarabilmektedir (Akiyama ve Antonucci, 2002: 344).

Kadınların içinde bulundukları yaşam koşulları da çeşitli ruhsal hastalıklara maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Örneğin depresyon kadınlar için kendini ifade, destek, ilgi, özgürlük ve önemli olma anlamına gelebilmektedir (Yaşar, 2007: 254). Bu nedenle çevresinden daha fazla ilgi ve alaka bekleyen kadınlar zaman zaman depresyon belirtisi gösterebilmektedirler. Söz konusu durum aynı zamanda hastalık rolünün kötüye kullanılması anlamına da gelebilmektedir.

Kadınlarda depresyonun erkeklerden daha fazla görülme nedenlerinden biri olarak kadınlar ve erkekler arasındaki eşitsizlikler düşünülebilir. Kadınların erkeklere göre düşük konumlarda algılanmaları, ikincil pozisyonda bulunmaları, karar alma mekanizmalarında yeterince yer alamamaları onların depresyona daha çok maruz kalmalarına yol açabilmektedir.

Kadınların sosyal rollerinin ruh hastalıklarına yakalanmalarında etkili olduğuna dair görüşler bulunmaktadır. Bu görüşe göre ilk olarak kadınların erkeklere göre rollerini ve sorunlarını daha uzun ve derin düşünmeleri ruhsal problemlere karşı duyarlı olmalarına neden olabilmektedir. Diğer yandan kadınların bakım verici rollerini getirdikleri ortamlarda ruh sağlıkları daha kötü bulunmuştur. Evli kadınlar, evli erkeklere oranla daha çok ruhsal sıkıntıya sahip olabilmektedirler. Bu durumun nedeni rol farklılaşması ve gücün paylaşılması gibi etkenlere bağlanabilmektedir (Doğan ve Kocacık, 2006: 112). Sosyal rol teorisine göre de kadınların erkeklere göre daha fazla role sahip olmaları onların stres düzeyini yükseltmektedir. Artan stres ise ruhsal hastalıklara daha çok yakalanmalarına neden olabilmektedir.

Hekimler de ruhsal hastalıklarda kadın ve erkek hasta arasındaki toplumsal cinsiyet farklılıklarını ortaya koymuşlardır. Onlara göre de kadınlar ruhsal şikâyetlerini istekli ve gönüllü bir şekilde ifade etmektedirler. Oysa erkekler bu tür şikâyetleri ifade etmekte güçlükler yaşayabilmektedirler (Isacco vd., 2013). Dolayısıyla kadınlar ruhsal hastalıklarını daha çok bildirebilmekte ve hastalıklarına daha çok çare bulabilmektedirler. Kadınların ruh hastalıklarını daha çok bildirmeleri ve sağlık kuruluşuna başvurmaları, hastane kayıtlarında daha çok kadın hastanın bulunmasına neden olabilmektedir.

Genel olarak söylemek gerekirse medikalizasyon süreci, toplumlarda cinsiyetler arasındaki eşitsizlik, kadın ve erkeklerden beklenen toplumsal cinsiyet rolleri, biyolojik ve hormonal farklılık gibi faktörler kadınların ve erkeklerin ruhsal sağlıklarını etkileyebilmektedir. Aynı zamanda bu faktörler her iki cinsiyetten bireylerin ruhsal problem durumunda sağlık hizmetlerini kullanma düzeylerini de etkileyebilmektedir.

2.2.2. Toplumsal Cinsiyet ve Bedensel Sağlık İlişkisi

Genel olarak bakıldığında, hemen hemen her toplumda erkeklerin kadınlara göre daha kısa yaşam süresine sahip oldukları görülmektedir. Bu durumun altında yatan sebeplerden biri, kadınlar ve erkeklerin farklı hastalık türlerine sahip olmalarıdır. Yapılan çeşitli araştırmalara göre cinsiyet farklılığı, maruz kalınan hastalıkları ya da bu hastalıkların sıklığını değiştirebilmektedir (Doyal, 2009: 428; Östlin vd., 2001: 180; Kronenfeld, 2006: 464). Bu farklılıkların temelinde biyolojik, psikolojik ve toplumsal faktörler bulunabilmektedir. Çalışmanın bu bölümünde erkek ve kadınların bedensel sağlıkları konusunda bilgi verilmeye çalışılacaktır.

2.2.2.1. Erkekler ve Bedensel Sağlık

Erkeklerin bedensel sağlıkları ile onlardan beklenen toplumsal roller ve toplumsallaşma süreçleri arasında ilişki bulunmaktadır. Erkeklerin genel olarak duygularını bastırmaları onların birçok ruhsal ve bedensel rahatsızlıklar yaşamalarına davetiye çıkarabilmektedir. Dışa vurulamayan duyguların birikmesi ve engellenmesi bel ağrısı, yorgunluk, baş ağrıları, bağırsak rahatsızlıkları ve ülser gibi belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Goldberg, 2010: 85).

Günümüzde ani ölümler giderek artmaktadır. Söz konusu ölümler daha çok erkeklerde görülmektedir. Ani ölümlere daha çok maço erkeklik tarzına sahip olan erkeklerde rastlanılmaktadır. Ayrıca koroner arter hastalığı olan erkekler üzerinde yapılan çalışmalar, bu erkeklerin aşırı rekabetçi ve inatçı özelliklere sahip olduğu görülmüştür (Goldberg, 2010: 142-143). Öfke duygusunun erkeklerde daha fazla olması, kalp krizi riskini artırabilmektedir. Kalp krizi sabırsız, aceleci, hızlı hareket eden riski seven, her şeye kızan ya da duygularını bastıran kişilerde üç kat daha fazla oranda görülmektedir (Tarhan, 2005: 192). Dolayısıyla erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda kalp hastalıklarına bağlı olarak erken yaşta yaşamlarını kaybettikleri ifade edilebilir (Doyal, 2009: 428; Östlin vd., 2001: 180).

Erkeklerin medeni durumları da sağlık düzeylerini etkileyebilmektedir. Evli erkekler bekâr erkeklere oranla daha fazla sağlıklarını geliştirici davranışlar gösterebilmektedirler. Eşleri erkeklere sosyal destek sağlamaktadır. Ancak ayrılık ya da eşin ölmesi gibi durumlarda erkeklerin sağlığı değişikliğe uğramaktadır. Eşsiz kalan erkeklerde sigara ve alkol kullanımı artmakta (Radley, 2004); dolayısıyla akciğer ve karaciğerle ilgili hastalıklara daha yatkın hale gelebilmektedirler.

Erkeklerin kadınlara göre daha çok riskli sağlık davranışlarına sahip olmaları da erkek ve kadın hastalıklarının farklılaşmasına neden olabilmektedir. Erkeklerin kadınlara göre daha çok alkol kullanmaları, çeşitli karaciğer hastalıklarına, kadınlara göre daha çok sigara kullanmaları solunum sistemi hastalıklarına yakalanma olasılıklarını artırabilmektedir. Erkeklerin yüksek hızda araba kullanma ve emniyet kemerini daha az kullanma gibi davranışları da kazalara bağlı olarak çeşitli sağlık sorunlarına ve sakatlanmalara davetiye çıkarabilmektedir.

2.2.2.2. Kadınlar ve Bedensel Sağlık

Kadın ve erkek arasındaki fiziksel farklılıklar onların sağlık statülerini etkileyebilmektedir. Kadınların erkeklerden farklı olarak sahip oldukları çocuk doğurma, menstruasyon ve menopoz gibi faktörler, farklı yaşam şekilleri sergilemelerine neden olmaktadır. Bu da kadınların erkeklerden farklı hastalık türlerine açık olmalarına yol açabilmektedir (Kronenfeld, 2006: 459). Kadın ve

erkeklerin fiziksel farklılıklarının yanı sıra toplumsal cinsiyetle ilgili faktörler de onların sağlık ve hastalık düzeyleri üzerinde etkili olabilmektedir.

Dünyada her yıl yarım milyon kadın gebelik ve doğum komplikasyonları sonucunda hayatını kaybetmektedir. Düşükler kadınların ölümüne neden olan bir diğer faktördür. Fakir ülkelerde yaklaşık olarak her yıl 67.000 kadın yasal olmayan kürtajlar sonucunda hayatını yitirmektedir (Momsen, 2010: 84; Östlin vd., 2001: 180). Gebelik ve doğum komplikasyonları, düşük ve kürtajlar kadınların sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir.

Erkekler ölümcül hastalıklara maruz kalma bakımından kadınlara göre daha çok risk taşımaktadırlar. Ancak kadınlar bağışıklık sistemi hastalığı, kas iskelet sistemi hastalıkları (Doyal, 2009: 428), mental sağlık problemleri, artrit, osteoporoz gibi ölümcül olmayan kronik hastalıklara daha çok yakalanmaktadırlar (Kronenfeld, 2006: 464; Östlin vd., 2001: 180).

Kadınların sahip oldukları hastalıklarla yaşları arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Genç kadınların sağlıklarına ilişkin kaygıları üreme ve cinsellik rolleriyle ilişkilidir. Düşük yapma, klamidya, gonore, sifiliz gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar kadınların sağlık konusunda kaygılı olmalarına neden olabilmektedir (Kronenfeld, 2006: 466). Cinsel yolla bulaşan bu hastalıklar daha çok gelişmemiş ülkelerde görülmektedir. Kadınların çocukluk dönemi hastalıkları ise kötü beslenme, anemi, sıtma ve tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklardır. Kız çocukları bütün bu hastalıklarla ilgili sağlık hizmetine ve temel sağlık kaynaklarına ulaşmada güçlük çekebilmektedirler (Ecevit, 2003: 84).

Kadınlar erkeklere oranla enfeksiyon hastalıklarına karşı daha duyarlıdırlar. Bazı araştırmalar kadınların erkeklere oranla daha çok hastalık taşıyıcısı olduklarını göstermektedir. Bu nedenle hastalıkların erkeklerden çok kadınlar aracılığıyla çocuklara taşındığı söylenebilir (Momsen, 2010: 87). Kadınların erkeklere göre enfeksiyon hastalıklarına karşı duyarlı olmaları, daha sık bulaşıcı hastalık geçirmelerine neden olabilmektedir.

Kadınlar hastalığa yakalanma bakımından erkeklere oranla daha dezavantajlı görülse de avantajlı oldukları bazı durumlar da söz konusudur. Örneğin Waldron'un (1997: 308-318) çalışmasında sigara içme, alkol kullanma, kaza, egzersiz, diyet yapma, beslenme düzensizlikleri gibi pek çok konu ele alınmıştır. Sonuç olarak özellikle geleneksel toplumlarda kadının sigara ve alkol kullanmamasına yönelik tutumun, kadınların erkeklere oranla daha az sigara ve alkol kullanmalarına neden olduğu ortaya konmuştur. Dolayısıyla kadınlar akciğer ve karaciğer hastalıklarının yanı sıra çeşitli kazalara daha az yakalanabilmektedirler. Yine kadınların erkeklere göre genetik olarak kalp hastalıklarına karşı daha dayanıklı olmaları, kalp hastalıklarının kadınlarda görülme olasılığını azaltmaktadır (Browne, 2011).

Kadınların erkeklerden farklı hastalıklara maruz kalmaları hem biyolojik yapıları hem de toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili faktörlerle açıklanabilir. Bununla birlikte kadınların erkeklere göre bedensel hastalıklar konusunda daha bilgili olmaları, bedenlerini tanımaları, sağlık hizmetlerinden daha çok faydalanmaları, onlarda daha çok bedensel hastalığın teşhis edilmesine olanak sağlayabilmektedir.

2.3. Toplumsal Cinsiyetin Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkileri

Kişilerin sahip oldukları cinsiyet, onların sağlık davranışlarını etkileyebilmektedir. Bu anlamda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi gibi davranışların erkek ve kadınlarda farklı düzeylerde görüldüğünü ve sağlıkları üzerinde çeşitli etkilere sahip oldukları söylenebilir.

Aşağıda sırası ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi davranışları ile toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkiler hususuna değinilecektir.

2.3.1. Toplumsal Cinsiyet- Sağlık Sorumluluğu İlişkisi

Sağlık sorumluluğu genel olarak kişinin kendi sağlığını korumak ve geliştirmek için çeşitli davranışlar ve tutumlar sergilemesi anlamına gelmektedir. Kişilerin kendilerinde bulunan hastalık belirtilerini doktora anlatmaları, sağlık personeline sağlıkları konusunda sorular sormaları, vücutlarında herhangi bir hastalık belirtisi gördüklerinde sağlık kuruluşuna başvurmaları, sağlıklarıyla ilgili bilgiler edinebilmek

için TV programları izlemeleri, bu konuda sağlık eğitimlerine ve programlarına katılmaları, daha sağlıklı olmak için başkalarından öneri almaları sağlık sorumluluğu ile ilgili tutum ve davranışlardır.

Sağlık sorumluluğu davranışlarıyla toplumsal cinsiyet arasında ilişki bulunabilmektedir. Kişilerin erkek ya da kadın olmaları, farklı sağlık sorumluluğu davranışları ve tutumları sergilemelerine neden olabilmektedir. Çünkü kadınlar ve erkekler bu davranışları toplumsal süreç içerisinde farklı şekillerde sergilemeyi öğrenebilmektedirler.

Sağlıklı yaşam biçimine sahip olma ile uyuma davranışı gösterme arasında bir ilişki söz konusudur. Uyuma, kişilerin kendi tercihlerine rağmen istemli olarak sosyal normlara göre davranış göstermeleri anlamına gelmektedir. Cinsiyet kalıp yargılarına göre kadınlar erkeklere oranla daha çok uyum yanlısı, boyun eğici ve kabullenici bir yapıdadırlar. Yapılan çeşitli araştırmalara göre kadınlar erkeklere oranla daha kolay etkilenme eğilimine sahiptirler (Gökdağ, 2011: 138). Toplumlarda kadınların erkeklere oranla daha uyum yanlısı olmaları hastalıklar konusunda daha titiz davranmalarına ve hasta olduklarında bu durumu daha çok kabul etmelerine neden olabilmektedir. Kadınlar erkeklere göre duygusal yapıları gereği hastalıklarını kabul etme ve hasta rolünü benimseme konusunda da daha rahattırlar. Oysa toplumsal değerler, erkeklerin hasta rolünü kabullenmelerini güçleştirebilmektedir (Courtenay, 2000; Sarı ve Atılğan, 2012: 20). Kadın ve erkeklerin hastalık ve sağlığa takındıkları tavır, sağlık statülerini etkileyebilmektedir.

Kadınların erkeklere oranla hasta rolüne daha kolay uyum sağlamaları, kendilerinde herhangi bir hastalık belirtisi gördüklerinde sağlık kuruluşuna başvurmalarına neden olabilmektedir. Dolayısıyla kadınların hastalıklarına erken dönemde teşhis konulabilmektedir. Ancak erkeklerde böyle bir durum söz konusu değildir. Erkekler hastalık rolüne kolay uyum sağlayamadıkları için sağlık kuruluşuna en son aşamada başvurmakta, böylece hastalıklarına geç teşhis konulabilmektedir. Dolayısıyla kadınların erkeklere oranla daha çok hastalanmaları, erkeklerinse daha erken yaşta ölmeleri kaçınılmaz olabilmektedir.

Kadınlar sosyalleşme sürecinde sağlık konularına karşı erkeklere oranla daha ilgilidirler. Kadınların anne olmaları, sağlıkla ilgili konularda daha bilgili olmalarına neden olabilmektedir. Kadınların sağlık konusunda erkeklere oranla daha bilgili olmaları, şikâyet terminolojilerinin çok daha çeşitli olmasını beraberinde getirebilmektedir. Yine kadınlar erkeklere oranla sağlıkla ilgili problemlerini daha kesin ve net bir şekilde hatırlayabilmektedirler (Turner, 2011: 132). Bu nedenle kadınların erkeklere oranla doktorlarla daha etkin iletişim kurdukları söylenebilir.

Kadınlar şikâyetlerini aktarma ve beyan etme konusunda erkeklere oranla daha isteklidirler (Turner, 2011: 132). Erkekler genel olarak somatik (bedensel) ve emosyonel (duygusal) belirtilerini doktora bildirme hususunda sıkıntılar yaşayabilmektedirler. Erkekler kadınlara göre hekimlerle daha az iletişim kurarak iletişim sürecinde daha pasiftir bir tutum sergileyebilmektedirler (Broom, 1995; Terre, 2013). Çünkü kadınların erkeklere oranla hasta rolüne daha çok uyum sağlamaları, bedenlerini daha iyi tanımaları ve sağlıkla ilgili daha çok bilgiye sahip olmaları, sağlık problemlerini daha rahat bir şekilde ifade etmelerine neden olabilmektedir.

Kadınlar kendilerinin ya da çevresindekilerin daha sağlıklı olması için sağlıkla ilgili bilgileri edinme yoluna gidebilmektedirler. Günümüzde kadınların sağlık konusunda bilgi edinmelerinde kitle iletişim araçlarının ve özellikle televizyonun etkisi oldukça büyüktür. Özellikle kadınların daha çok televizyon izleyebildikleri gündüz kuşağındaki programlar aracılığıyla kadınlar sağlığa ilişkin birçok bilgiye sahip olma imkânına kavuşmaktadırlar. Bu programlarda doktorlar veya sağlık alanı ile ilgili diğer uzmanlar hastalıklar ve sağlığı koruma yöntemleriyle ilgili bilgiler vermekte, aynı zamanda da kendilerine sorulan soruları cevaplamaktadırlar. Sonuç olarak kadınlar televizyon vasıtasıyla sağlık eğitimi alarak, daha sağlıklı bir yaşam sürmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinebilmektedirler.

Kadınlar erkeklere göre sağlık bilgisi edinmek için diğer bir kitle iletişim aracı olan interneti de daha fazla kullanmaktadırlar (Pandey vd.: 2003). İnternet aracılığıyla kadınlar henüz hasta olmadan da sağlık bilgisi edinerek sağlıklarını korumakta, varsa hastalıkları hakkında bilgi edinmekte ya da sosyal destek ağı sağlayabilmektedirler.

Kadınlar sadece modern tıbbi değil alternatif tıbbi da erkeklerden daha çok kullanarak sağlıklarını yönetebilmektedirler. Bu anlamda çeşitli bitkisel tedaviler ve yağlar kullanarak sağlıklarını korumaya çalışmakta ya da var olan hastalıklarını tedavi etme yoluna gidebilmektedirler (Kettel, 1996). Erkekler ise modern tıbbi olduğu gibi, alternatif tıbbi da düşük düzeyde kullanarak kadınlara oranla daha az sağlık sorumluluğu davranışı sergileyebilmektedirler.

Kişilerin bedenlerinde herhangi bir bozukluk ya da problem hissettiklerinde sağlık kuruluşuna başvurmaları da sağlık sorumluluğu davranışlarındandır. Bedendeki problemleri fark etme konusunda kadın ve erkekler arasında farklılıklar bulunabilmektedir. Goldberg'e (2010: 138) göre bir kadının ayna karşısına geçip saatlerce kendisini izlemesi, vücut bakımı yapması normal olarak kabul edilirken, erkekler için aynı durum anormal olarak kabul edilebilmektedir. Kadınlar sağlıklı bir bedene sahip olabilmek için sürekli olarak kendi bedenlerini izlemektedirler (Ş. Kaya, 2011: 122). Böyle bir durumda kadınlar daha çok avantaja sahiptirler, çünkü sağlık problemlerini erken dönemde fark edebilmektedirler.

Sağlık sorumluluğu ile toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkiye genel olarak bakıldığında kadınların erkeklere oranla sağlıklarıyla ilgili problemlerini doktorlarla ve diğer sağlık personeliyle daha fazla düzeyde paylaşabildikleri, kendilerini ve hastalıklarını daha iyi ifade edebildikleri, televizyon ve internet gibi kitle iletişim araçları vasıtasıyla daha çok sağlık ve hastalık bilgisi elde edebildikleri, böylece daha yüksek oranda sağlık bilgisine sahip olabildikleri söylenebilir. Sonuç olarak da kadınların erkeklere oranla sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmek için daha fazla sağlık sorumluluğuna sahip oldukları ifade edilebilir.

2.3.2. Toplumsal Cinsiyet- Fiziksel Aktivite İlişkisi

Fiziksel aktivite gündelik yaşam içerisinde kas ve eklemleri kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp atışını ve solunum sayısını artıran ve yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanabilir. Fiziksel aktiviteler bedensel ve ruhsal sağlık üzerinde olumlu etkilere sahiptir. Fiziksel aktivite ruhsal olarak kişilerin kendilerini iyi hissetmelerine, mutlu olmalarına, olumlu düşünmelerine, stres atmalarına, sosyal uyum sağlamalarına ve toplum tarafından kabul görmelerine olanak

sağlayabilmektedir (Bulut, 2013:209). Ayrıca kişilerin fiziksel aktivitelerde bulunmaları kan dolaşımlarının da iyi olmasına ve organlarının daha iyi çalışmasına neden olabilmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sergilenmesinde, fiziksel aktivitelerde bulunmak oldukça önemlidir. Çünkü fiziksel aktivitelerde bulunmak sağlık düzeyini yükseltmektedir. Ancak kimi zaman bilinçsizce yapılan fiziksel aktiviteler, sağlığın kötüye gitmesine ya da çeşitli kaza ve sakatlanmalara davetiye çıkarabilmektedir.

Fiziksel aktivitelerde bulunmak ile erkek ya da kadın olmak arasında bağ bulunmaktadır. Bir başka deyişle toplumsal cinsiyet rolleri ile kadınlık ve erkekliğin toplumsal inşası, kişilerin fiziksel aktivitelerinin çeşitliliği ya da bu aktivitelerin gösterilip gösterilmemesi üzerinde etkili olabilmektedir. Erkek ve kadınların farklı düzeylerde ve farklı şekillerde fiziksel aktivitelerde bulunmaları geçmişten günümüze kadar devam etmektedir.

Goldberg'e (2010: 117) göre erkek çocuklar hareket yönelimli, başarılı, oyuncu olma yönüyle güçlü ve çevik tavırlar takınmasıyla başkaları tarafından takdir kazanmaktadırlar. Bu tür aktiviteler onun gerçek bir erkek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla erkek çocukları kız çocuklarına göre spora karşı daha eğilimli olabilmektedirler. Ayrıca Connell'a (1998: 123) göre günümüzde Batı ülkelerinde ideal erkeklik imajları en sistematik bir şekilde rekabete dayalı spor dallarıyla oluşmaktadır. Erkek çocukları futbol, kriket ve beyzbol gibi spor dallarına özendirilmektedir. Bu oyunlardaki başarılarla büyük bir önem atfedilmektedir. Güç ve yeteneğin birleşimi olarak görülen bu spor türleri ergenlik yaşındaki bir çocuğun kendini tanımlamasında büyük bir öneme sahiptir. Türkiye'ye bakılacak olursa, erkek çocukların özellikle futbolla ilgilendikleri, boş zamanlarını futbolla değerlendirdikleri söylenebilir.

Genel olarak erkeklerin kadınlara oranla daha çok spor yaptıkları bilinmektedir. Ancak bu durum bütün yaş gruplarında aynı düzeyde değildir. Erkekler en çok 18-24 yaş aralığındaki genç yetişkinlik döneminde spor yapmaktadırlar. Çünkü beden imajı genellikle genç erkekler için daha çok önem taşımaktadır. Yetişkin erkeklerin spor yapma seviyeleri yaş ilerledikçe azalmaktadır (Terre, 2013). Bu nedenle erkeklerin iyi

bir beden mesajı vermek adına da spor yaptıkları ve fiziksel aktivitelerde bulundukları söylenebilir.

Günümüzde erkeklerin vücut geliştirme sporlarına ilgisinin arttığı görülmektedir. Bu durumun nedenlerinden biri medyada ideal erkek bedenlerinin oluşturulmasıdır. Toplumsal cinsiyet bağlamında da ele alındığında kaslı erkek vücuduna sahip olmak istenen bir durumdur. Ancak erkeklerden bazıları bu tür bir vücuda sahip olabilmek için sağlıklarını bozucu çeşitli uygulamalara başvurabilmektedirler. Ayrıca bu tarz bir vücuda sahip olamayan erkekler beden memnuniyetsizliğine bağlı olarak psikolojik ve toplumsal açıdan çeşitli problemler yaşayabilmektedirler.

Yapılan çeşitli çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha çok spor yaptıkları ve fiziksel aktivitelerde bulundukları ifade edilmektedir. Kadınların erkeklere göre daha az spor yapmaları ve fiziksel aktivitelerde bulunmaları toplumsal cinsiyet rolleri, geleneksel toplum yapısı, toplumsallaşma süreci, kültürel yapı, eğitim kurumları gibi etkenlere bağlı olarak açıklanabilmektedir.

Toplumsal cinsiyet rollerinin kadın ve erkeklerin fiziksel aktiviteleri üzerinde etkili olduğunu dile getiren görüşe göre erkek bedeninin güçlü ve dayanıklı, kadın bedeninin ise güçsüz ve dayanıksız olduğu düşüncesi çocuklara daha beden eğitimi derslerinde verilebilmektedir. Okullarda beden eğitimi dersleri aracılığıyla erkek ve kız çocukları birbirine zıt, bedensel kapasite farklarına dayalı spor faaliyetlerine yönlendirilebilmektedirler (Rudman ve Glick, 2008: 9; Sancar, 2013: 253). Ayrıca erkekler aile içinde sosyalleşirlerken sportif faaliyetlere özendirilebilmektedir. Erkek çocuklar sosyalizasyon süreçlerinde geleneksel erkeksi rollerine ilişkin olarak spor yapmayı öğrenmektedirler. Oysa kız çocukları vücutlarını korumaları ve kadınsı özelliklerini kaybetmemeleri adına özellikle yarış sporlarından uzak tutulabilmektedirler (Koca ve Bulgu, 2005: 8; Terre, 2013).

Geleneksel yaşam tarzında kadın bedeni yumuşaklık, incelik ve zariflikle sembolize edilmektedir. Böyle bir kadın bedeninin ortaya konulabilmesi için de bireysel güç-istek ve çeşitli endüstrilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu endüstriler yaşam/spor/egzersiz kulüpleri, medya, televizyon programları, sağlık ve diyet

endüstrisidir. Değişen dünya düzeni ile birlikte çok yönlü, güçlü ve estetik özelliğe sahip kadın bedeni ön plana çıkarılmaktadır (Koca ve Bulgu, 2005: 16). Bu nedenle özellikle orta ve üst sınıf kadınlar arasında pilates, aerobik, step, yoga gibi spor aktiviteleri giderek yaygınlaşmaktadır. Fakat yine de kadın bedenlerinin sporla değil, daha çok kozmetik endüstrisi ile şekillendirildiği söylenebilir (Koca, 2006: 89).

Pınar ve Amman'ın (2009) kız ve erkek öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada, okullarda spora katılımda cinsiyetler arası bir eşitsizliğin var olduğu dile getirmişlerdir. Bu durumun nedenleri arasında sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi, kızları eğitim ve spora katılımlarında pasifleştiren geleneksel rol öğretileri, kız ve erkeklerin doğalarının farklı olması ve dini inanışlar gösterilmektedir. Bu çalışmaya göre kadınlar toplumsal yaşamda da benzer sebeplerden ötürü spordan dışlanmaktadır. Ayrıca kadınların toplumda spor yapmaktan uzaklaştıran bir diğer faktör de taciz olabilmektedir. Yine medya vasıtasıyla kadın sporlarının görmezden gelinmesi ya da ikinci plana itilmesi, spor yapan kadınların cinsel bir obje olarak görülmesi gibi pek çok sebep, kadınların sportif faaliyetlerde bulunmalarına engel olabilmektedir.

Kadınların fiziksel aktiviteleri ile yaşadıkları toplum arasında da ilişki bulunmaktadır. Aşırı geleneksel toplumlarda kadınlara özel spor tesisi eksikliği, kadın kulüplerinin yetersizliği, sosyal engeller, psikolojik destek eksikliği, aile ve eş tarafından verilen cesaret eksikliği, kültürel inançlar gibi birçok nedenle kadınlar yeterince fiziksel aktivite sergileyememektedirler (Ergin, 2014: 49).

Spor yapmak iyi sağlığı, güçlü bir bedeni, pozitif bir beden imajını beraberinde getirmektedir. Bu nedenle erkekler daha şanslı görünmektedir. Ancak sporun bazı olumsuz tarafları da bulunmaktadır. Erkeksilikle ilgili baskın yarışmacı normlar spora ilişkin kazalara neden olabilmekte, erkeklerin yarışmacı ruhu da bunda rol oynayabilmektedir. Bu nedenle erkekler kafa, boyun, omurga, eklem, bağdoku hasarlarına ya da kafa travması gibi sendromlar (Clawley vd., 2008:167; Terre, 2013) sonucunda çeşitli hastalıklara sahip olabilmektedirler.

Genel olarak söylemek gerekirse kadınların erkeklere göre daha çok fiziksel aktivitelerde bulundukları ve spor yaptıkları söylenebilir. Kadın ve erkekler arasındaki

bu farklılık toplumsal cinsiyet rolleri, toplumsallaşma süreci, eğitim süreci, toplumsal yapı gibi faktörlere dayandırılabilir. Erkeklerin kadınlara göre daha çok fiziksel aktivitede bulunması sağlıkları üzerinde olumlu etkilere neden olabilmektedir. Ancak bu aktivitelerin bilinçsizce yapılması çeşitli sağlık risklerini ortaya çıkarabilmektedir.

2.3.3. Toplumsal Cinsiyet- Beslenme İlişkisi

Beslenme, sağlıklı ya da hasta olma ile yakından ilişkilidir. Yüksek tansiyon, kalp hastalıkları, felç, diyabet, kanser gibi hastalıkların ortaya çıkmasında beslenmenin büyük bir rolü bulunmaktadır (Terre, 2013). Bu nedenle kişilerin beslenme şekillerinin sağlıklı ya da hasta olmalarına zemin hazırladığı, dengeli ve düzenli beslenen kişilerin sağlık düzeyinin daha iyi olduğu ifade edilebilir. Beslenmenin sağlıklı olduğu gibi yaşanan toplumla da ilgisi bulunmaktadır. Bu bağlamda beslenmenin toplumsal yönünün bulunduğu söylenebilir. Kişiler bulundukları kültüre, toplumsal yapıya, sahip oldukları sosyoekonomik duruma göre farklı beslenme davranışları sergileyebilmektedirler.

Beslenme ile kadın ya da erkek olma arasında da bir bağ bulunmaktadır. Bu bağ sebze, meyve, et ve et ürünleri, karbonhidrat, süt ve süt ürünleri tüketme biçimlerinde olabildiği gibi, bütün bunların hazırlanması ve satın alınması sürecinde de kendini gösterebilmektedir. Erkek ve kadınlar arasında beslenme alışkanlıkları konusundaki farklılık her iki cinsiyete sahip olanların sağlık düzeylerini etkileyebilmektedir. Ayrıca kadın ve erkekler arasındaki sosyoekonomik eşitsizlikler onların beslenme şekilleri üzerinde etkili olabilmektedir.

Beslenme ile beden imajı arasında da bir ilişki söz konusudur. Çünkü kişilerin iyi bir beden imajına sahip olmaları için beslenmelerini bu doğrultuda düzenlemeleri gerekmektedir. Tarih boyunca erkekler ve özellikle kadınlar farklı beden imajına sahip olmak istemişlerdir. Dolayısıyla beslenme alışkanlıklarına yön vermişlerdir. Beslenme alışkanlıkları sağlıklarını kimi zaman olumlu, kimi zaman olumsuz yönde etkilemiştir ve etkilemeye devam etmektedir. 19. yüzyıl İngiltere'sinde kadınlarda zayıflık ruh inceliğinin göstergesiyken, kilolu bir beden, bedensel arzuların yenilgisi anlamı taşımaktadır. Bu dönemde zayıflık, bir sosyal statü göstergesidir. Zayıf, sağlıksız ve hastalıklı bir görünüm bu dönemde üst sınıf kadınlar arasında oldukça yaygın hale

gelmiştir (Çabuklu, 2004: 144). Günümüzde de kadınlar için ince bir bedene sahip olmak son derece önemlidir. Bu nedenle kişiler giderek daha fazla oranda genç yaşta diyet yapmaya başlamaktadırlar. Diyet yapma yaşı kimi zaman çocukluk dönemine kadar düşebilmektedir. Örneğin Amerika’da yapılan bir araştırmada 10 kız çocuğundan 8’i inin diyet yaptığı ifade edilmektedir (Küçükşen, 2016: 142). Özellikle çocukluk ve gençlik dönemindeki yanlış diyet uygulamaları kişilerin gelişimini ve sağlık düzeyini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Kadınların erkeklere oranla beden imajlarına daha çok önem vermeleri, çeşitli sağlık risklerini beraberinde getirebilmektedir. Kadınlar istedikleri ideal beden ölçülerine sahip olmak için anoreksia nervroza ve bulimiya nervroza hastalıklarına daha çok yakalanabilmektedirler (Nydegger, 2004: 96; Waldron, 1997: 318). Bu hastalıklar yeme bozuklukları olarak adlandırılmaktadır. Kadınlarda erkeklere oranla yirmi kat daha fazla yeme bozukluğu problemleri görülebilmektedir. Yeme bozukluklarının biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenleri bulunabilmektedir (Arıca vd.: 2011). Anoreksiya nervroza hastalığında kişiler fazla kilolu olduklarını düşünerek yemekten kaçınmakta ve aşırı egzersiz yaparak kilo kaybetmek istemektedirler. Bulimiya nervrozada ise tıkanırcasına yemek yedikten sonra kendilerini suçlu hissederek kusarak, aşırı spor yaparak ve laksatif gibi çeşitli ilaçlar kullanarak kilolarını kontrol etmeye çalışmaktadırlar (Blood, 2005; İnözü, 2012: 213). Günümüzde giderek yayılan sıfır beden olma arzusu bu tür hastalıkların yaygın hale gelmesine neden olabilmektedir.

Kadınların beden inşası sürecinde medyanın büyük bir rolü bulunmaktadır. Medya kadınları gerçek olmayan ve kısıtlayıcı güzellik standartlarını takip etmek konusunda baskı altında tutabilmektedir. Tüketimde kadınlar merkezi bir önem taşımaktadır. Bu nedenle kadınların kendileri ile ilgili algılamaları sürekli takip edilerek medyada bir kadın profili oluşturulmaktadır (Yaktıl Oğuz, 2010: 184). Günümüzde özellikle gazete, televizyon, internet gibi kitle iletişim araçlarında diyet önerisi ve kilo problemi ile ilgili haberler ya da mesajlar yer almaktadır. Sağlık ve bedeni konu eden haberlerde görsel malzeme olarak kadın bedenleri sıklıkla kullanılmaktadır (Küçükşen, 2016: 142).

Medya kişilerin beslenmesini olumlu yönde de etkileyebilmektedir. Medyada yer alan beslenme ile ilgili programlar vasıtasıyla kişiler sağlıklı beslenme konusunda bilgiler elde edebilmekte ve bu bilgileri yaşamlarında uygulayabilmektedirler. Böylelikle sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar sergileyebilmektedirler. Bu tür programların daha çok kadınlara yönelik yapılması, kadınların hem kendileri hem de çevrelerinin daha sağlıklı beslenmeleri için çaba sarf etmelerine yol açabilmektedir.

Kadın ve erkekler arasındaki beslenme farklılığını toplumsal cinsiyet rolleri ile açıklayan görüşler de söz konusudur. Goldberg'e (2010: 138) göre erkeksi ve kadınsı olarak nitelendirilen yiyecek çeşitleri bulunmaktadır. Örneğin biftek erkeksi olarak nitelendirilmektedir. Ona göre ağır et yemekleriyle erkeklik arasında bir ilişki bulunmaktadır. Erkekler kadınlara oranla daha az meyve, sebze, balık ve hafif yiyecekler tüketmektedirler (Terre, 2013). Bu görüşe göre sebze, meyve ve hafif yiyecekleri yeme kadınsılıkla ilişkilendirilmektedir.

Kadınlar sağlıklı ve ince kalmak için (Gough, 2013) erkekler ise formda kalmak ve fiziksel bakımdan güçlü olmak için yiyecek tüketebilmektedirler (Goldberg, 2010: 139). Erkeklerin büyük çoğunluğu sağlıklı beslenmekten çok kolayca hazırlanan ya da lezzetli olan yemekleri tercih edebilmektedirler (Terre, 2013). Ancak bu durum toplumda yaşayan tüm kadın ve erkekler için genellenemez. Günümüzde sağlıklı ve uzun süre yaşam, hemen hemen herkesin ideali haline gelmiştir. Bu nedenle erkekler de sağlıklı beslenmeye önem vermeye başlamışlardır.

Günümüzde erkekler için de beden imajı daha önemli hale gelmeye başlamıştır. Bu nedenle özellikle metroseksüel olarak nitelendirilen erkekler beslenme şekillerine daha çok dikkat etme eğilimindedirler. Ancak Terre'ye (2013) göre erkek ve kadınların beden imajları adına beslenmelerine verdikleri öneme bakılırsa kadınların bu konuda daha ön planda oldukları söylenebilir. Kadınların beden imajları konusunda kontrol düzeyinin yüksek olması beslenmelerine daha çok dikkat etmelerine neden olabilmektedir. Aynı sebeple kadınlar erkeklere oranla daha çok diyet yapabilmektedirler (Waldron, 1997: 318).

Ergin'e (2014) göre kadınlar erkeklere oranla yediği yiyeceklere daha çok dikkat etmektedirler. Ancak kadınların biyolojik özelliklerinden kaynaklanan doğum,

emzirme, menopoz gibi süreçler onların kiloları üzerinde etki yapabilmektedir. Ayrıca kadınlar erkeklere oranla daha sağlıklı besinleri yediklerini ve yemeyi istediklerini dile getirmelerine rağmen kurabiye, dondurma, çikolata gibi yiyecekleri erkeklere oranla daha çok tüketebilmektedirler. Toplumumuzda kadınlar arasında düzenlenen özel toplantı günlerinde özellikle bol kalorili yiyecekler tüketildiği gözlenmektedir. Ancak bu toplantılarda çok yiyecek yiyen kadınlar bu durumdan rahatsızlık duyabilmektedirler.

Toplumlarda zayıf olma arzusu giderek artmakta ve bu yönde uygulamalar yapılmaktadır. Ancak günümüzün en büyük risklerinden birisi de obezitedir. Modern dönemde insanların yaşamları, çalışma hayatları ve beslenme şekillerindeki bir takım değişiklikler obeziteye davetiye çıkarabilmektedir. Ayrıca obezite ile cinsiyet arasında ilişki bulunmaktadır.

Obezite kişilerin ruh ve bedensel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Aynı zamanda obezite kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, şeker hastalığı, kanser, ülser, felç, uyku apnesi, karaciğer yağlanması ve gut gibi çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (Canatan, 2016: 220). Bu nedenle obez olan kişiler ya da obez adayları diyetisyene başvurarak beslenme şekillerini yeniden düzenlemektedirler. Ancak bu duruma toplumsal cinsiyet bağlamında bakıldığında, kadın ve erkekler arasında bir takım farklılıklar bulunduğunu söylenebilir. Obez erkekler kadınlara oranla daha az diyetisyene gitmekte, doktorlardan bu konuyla ilgili yardım talep etmemektedirler (Terre, 2013). Çünkü bazı erkekler tarafından diyet yapma kadınsılıkla ilişkilendirilebilmektedir (Riska, 2004).

Kadın ve erkeklerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili tutumları üzerinde toplumsallaşma sürecinin de etkili olduğu ifade edilebilir. Kadınlar geleneksel olarak yiyecek alışverişi, yemek hazırlama, yemekleri koruma ve planlama gibi rol ve aktivitelerle toplumsallaşabilmektedirler. Ancak toplumsallaşma sürecinde erkekler bu tarz bilgi ve aktivitelerden uzak tutulabilmektedir. Kadınlar yiyecek alışverişi yaparken bunların besin değerine, sağlıklı olup olmadığına ya da fiyatına bakarken, erkekler bütün bunlara çok dikkat etmeyebilmektedirler (Gough, 2013; Terre, 2013). Çünkü bu tarz işleri daha çok kadınlar üstlenmektedir.

Beslenme ile ekonomik düzey arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Gelir düzeyi yüksek olan kişiler ya da gruplar dengeli, düzenli ve sağlıklı beslenirken, gelir düzeyi düşük olanlar sağlıklı beslenmemektedirler. Özellikle yoksul kırsal kesimlerde kazancın çoğu beslenmeye ayrılmasına rağmen yine de yetersiz beslenilmektedir. Bu bölgelerde kadınların erkeklere oranla nispeten düşük statüde olmaları ve biyolojik rolleri beslenme problemlerini daha çok yaşamalarına neden olabilmektedir (Momsen, 2010: 80). Ö. Adak (2002: 87) Türk toplumunda özellikle geleneksel özelliklerin korunduğu bölgelerde hala yemeğin en güzel ve etli yerlerinin erkekler tarafından tüketildiğini dile getirmektedir. Bu ailelerde kadınlar ve çocuklar yemekte ikincil olarak konumlandırılmaktadırlar. Bu nedenle kadınlar ve çocuklar beslenmeden kaynaklanan hastalıklara daha çok yakalanabilmektedirler.

Genel olarak söylemek gerekirse beslenme ile sağlık ve hastalık arasında ilişki bulunduğu gibi, beslenme ve cinsiyet arasında da ilişki bulunduğu ifade edilebilir. Literatüre bakıldığında erkek ve kadınlar arasındaki cinsiyet rolü farklılıklarını, biyolojik faktörlerin, cinsiyetler arasındaki eşitsizliğin, medya faktörünün kadın ve erkeklerin beslenmeleri üzerinde etkili olduğu dile getirilmektedir. Genel olarak erkeklerin kadınlara göre daha sağlıklı beslendikleri ifade edilebilir. Ancak günümüzde birçok kişi sağlıklı ve uzun süre yaşamak istemektedir. Bu nedenle sağlıklı beslenen erkeklerin sayısında artış olduğu söylenebilir.

2.3.4. Toplumsal Cinsiyet- Kişilerarası Etkileşim İlişkisi

İnsanlar gündelik yaşamlarında çevresindekilerle sürekli bir iletişim halindedirler. Kişilerarası iletişim insanların doğal bir eğilimi olarak kabul edilebilir. İnsanlar başkalarıyla anlamlı ilişkiler kuramadıklarında yalnızlık, çöküntü ve mutsuzluğa maruz kalabilmektedirler (Kaypakoglu, 2010: 1). Ancak kişilerarasındaki iletişimin kolay bir şekilde sağlanması ve kişilerarası iletişim sıklığı, bireyler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Söz konusu farklılıklar bireysel veya sosyal faktörlerden kaynaklanabilmektedir.

Kişilerarası iletişim sözel ve sözel olmayan iletişim olarak ikiye ayrılabilir. Sözel iletişimin temel ögesi dildir. Sözel iletişim kelimelerle sağlanır. Bu noktada anlamın önemi büyüktür. Çünkü sözel iletişimde anlatılmak istenen şeylerin karşıdaki

kişi ya da kişiler tarafından anlaşılabilmesi son derece 6nemlidir. S6zel olmayan iletişimde ise beden, y6z, dokunma işlevleri 6n plandadır. Bu iletişim tarzında kişinin beden hareketleri, beden g6r6n6m6, g6z iletişimi, g6z teması, dokunma gibi fakt6rler kişiler arasındaki ilişkinin artmasına ya da yok olmasına neden olabilmektedir (Kaypakoğlu, 2010).

Kişilerarası etkileşim s6recinde kişilerin kendilerine yakın kişilerle endişelerini ve sorunlarını paylaşmaları, başkalarıyla anlamlı ve doyumlu ilişkiler kurmaları, yakın arkadaşlarına zaman ayırmaları, başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık g6stermeleri, sevdikleri kişilere sevgilerini kucaklaşma gibi dokunma yoluyla belli edebilmeleri, yakın dost edinebilmek i6in 6aba harcamaları, kendileriyle benzer sorunu olan kişilerden destek almaları, konuşarak ve uzlaşarak 6atışmalarını 66zmeleri sağlıklı yaşam bi6imini davranışları g6sterdiklerine işaret etmektedir.

Kişilerarası etkileşim ile cinsiyet arasında bir bağ bulunmaktadır. Genel olarak kadınlar erkeklere oranla başkalarıyla daha iyi kişilerarası ilişkiler kurabilmektedirler. Kadınlar herhangi bir problem yaşadıklarında, bu problemleri erkeklere g6re daha rahat bir şekilde 6evresindekilere ifade edebilmektedirler. Kadınların erkeklere oranla 6evresindekilerle daha iyi ilişkiler kurmaları, sağlık davranışlarını da olumlu y6nde etkileyebilmektedir. Bu anlamda duyguların rahatlıkla ifade edilmesi, sosyal sermaye ve desteğe sahip olmak, 6evresindekilerden yardım isteme, ilgi ve bakım vericilik olduk6a 6nemlidir ve bu s6re6ler toplumsallaşma s6reci i6inde 66renilebilmektedir. Bireylerin 6evreleriyle sağlıklı ilişkiler kurmaları daha sağlıklı olmaları anlamına gelebilmektedir.

2.3.4.1. Toplumsal Cinsiyet- Duyguları İfade Etme İlişkisi

Duygu bir his ve bu hisse 6zg6 belirli d6ř6nceler, psikolojik ve biyolojik halin ortaya 6ıkardığı 6eşitli davranışlarla karakterizedir. İnsanlar yaşamlarında y6zlerce duygu 6eşidi deneyimlemektedirler. En sık g6sterilen duygu 6eşitleri 66ke, 66z6nt6, korku, zevk, sevgi, şaşkınlık, iğrenme ve utan6tır (Goleman, 2002: 359-360). Duyguların g6sterilme sıklığı ya da g6sterilme bi6imi bireyden bireye ve toplumdan topluma değişiklik g6sterebilmektedir.

Toplumlarda kadın ve erkeklerin duygularını ifade etme biçimleri ve düzeyleri farklı olabilmektedir. Bu farklılık kadın ve erkeklerin cinsiyet rollerinden, toplumsallaşma sürecinden, duygulara toplum tarafından verilen anlamlardan kaynaklanabilmektedir. Genel olarak söylemek gerekirse toplumdaki tüm kadınların duygularını ifade ettiklerini, tüm erkeklerin ise duygularını ifade etmedikleri söylenemez. Ancak kadınların duygularını ifade etmelerinin erkeklerle göre daha yaygın olduğu ifade edilebilir. Duygularını ifade etme yaşanan topluma, zamana, kültüre ve kişilere göre değişebilmektedir.

Tarhan'a (2005: 139) göre erkekler ağlamayı güçsüzlük işareti olarak algılamaktadırlar. Erkekler ağlamak istemezler, çünkü ağladıklarında erkek kimliklerine ters düşeceklerine dair ön kabulleri vardır. Bu durumun nedeni biyolojik ve kültürel faktörlerle ilişkili olabilir. Ona göre ataerkil ve otoriter kültürlerde erkeklerin avcı olmayı üstlenmeleri mücadele etmelerini ve acılara dayanmalarını gerektirmektedir. Bu nedenle erkekler korkuya direnmek için ağlama davranışı göstermemektedirler. Dolayısı ile erkekler çevreleri tarafından zayıf algılanmamak için duygularını ifade etme konusunda problem yaşayabilmektedirler.

Toplumda “erkekler ağlamaz” ya da “sulu göz” gibi ifadelerin kullanılması erkeklerin gözyaşı dökmelerini ve hüznelerini tam olarak yaşamalarını engelleyebilmektedir. Kadınların gözyaşları korumacı bir duygunun ortaya çıkmasına sebep olurken, erkeklerin ağlaması rahatsızlığa neden olabilmektedir. Erkeklerin bir trajedi karşısında metanetli olmaları beklenmekte, sık sık ağlayan, sinir krizi geçiren bir erkek problemlili olarak kabul edilebilmektedir. Erkeklerin ağlamasına kimi zaman rahatlamayı getirdiğinden göz yumulurken sık tekrarı nevrotik, çocuksu ya da can sıkıcı olarak görülebilmektedir (Goldberg, 2010: 73-74). Bu nedenle erkekler üzüntü, kaygı, endişe, yalnızlık gibi duygular hissetseler de bunları ifade etmekten kaçınabilmektedirler.

Goldberg'e göre (2010: 83) çağdaş dünyada farklı erkek tipleri duygularına yönelik farklı savunmacı tavırlar sergileyebilmektedirler. İnançsız erkeklerle göre bütün duygular sahtedir. Onlara göre hissetme ve güven içinde bulunma birlikte var olamaz. İnançsız erkekler duyguları ikiyüzlülük olarak nitelendirebilmektedirler.

Özerk erkekler için duygular zayıflık belirtisidir, duyguların onları tam bağımsızlıktan uzaklaştırdığına ve zayıf düşürdüğüne inanırlar. Entelektüel erkekler duygularla ilgili görüş beyan ederler, duyguları analiz ederler, hatta duygularını fark etmeleri için başkalarına önerilerde bulunabilirler. Ancak kendi duygularına karşı tepkileri sığ, kopuk ve resmidir. Pasif ve saldırgan erkekler bağımlılıktan kaçarak duygularına ilişkin korkularıyla başa çıkmaya çalışmakta, genellikle kabuklarına çekilerek yaşamlarına devam etmektedirler. Başarılı erkekler ise duygularını hissetmenin zaman kaybı olduğunu düşünmektedirler. Onlar için duygular yaşam süreciyle ilgili olmayan verimsiz bir lükstür ve kendilerini yıkıcı bir tuzağa düşürebilir.

Toplumlarda erkeklerin özellikle üzüntü, korku gibi duygularını ifade etme konusunda problem yaşadıkları söylenebilir. Oysa kadınlarda genel olarak tam tersi bir durum söz konusudur. Tarhan'a göre (2005: 140), toplumlarda kadınların duygularını ya da güçsüzlüklerini ifade etmeleri olumlu karşılanabilmektedir. Çünkü böyle bir durumda erkekler kadınlar üzerinde korumacı bir tutum sergileyebilmektedirler.

Duygularını ifade edebilmek kişilerin ruhsal ve bedensel sağlıkları üzerinde etkili olabilmektedir. Duygularını ifade edebilme ile ruh sağlığı arasında ilişki kurulduğunda, kadınların erkeklere oranla daha şanslı oldukları söylenebilir. Çünkü kadınların duygularını ifade etmeleri, çeşitli endişelerini başkalarıyla paylaşmaları toplum tarafından hoş karşılanmaktadır. Bu nedenle kadınlar problemlerini başkalarına aktararak rahatlayabilmektedirler. Özellikle anksiyete ve depresyon gibi hastalıkların belirtileri duygusal boyutlarda olabilmektedir. Bu tür hastalıklarda duygusal belirtileri hekimle paylaşan kadınlar, erkeklere göre daha avantajlı pozisyondadırlar.

2.3.4.2. Toplumsal Cinsiyet, Sosyal Sermaye ve İletişim İlişkisi

Birçok epidemiyolojik araştırmada sosyal ilişkilerle ölüm arasındaki bağlantıya odaklanılmaktadır. Bu çalışmalarda toplumsal olmama ve sosyal desteğin olmayışının ölüm için risk taşıdığına ilişkin çeşitli kanıtlar ileri sürülmektedir. Sosyal ilişkiler temel duygusal ihtiyaçları karşılamak açısından son derece önemlidir. Sosyal ilişkiler sayesinde insanlar birbirlerine rehberlik etmekte ve tecrübelerini aktarmaktadırlar.

Yapılan birçok araştırmada sosyal ağların ölüm riskini azalttığı ve sağlık statüsünü yükselttiği sonucuna varılmıştır. Çünkü sosyal ağ, sosyal kontrol etkisine sahiptir. Sosyal ağlar koruyucu sağlık davranışlarında artışa sebep olmaktadır. Sonuç olarak iyi bir sosyal ağa sahip kişilerin daha az hastalandıkları, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlandıkları ve ölüm riskine daha az sahip oldukları söylenebilir (Shye vd., 1995).

Toplumda kişilerin sahip oldukları sosyal sermaye ve sosyal sermayenin niteliği, yaşanılan bölge, yaş, eğitim düzeyi, sahip olunan meslek, statü gibi faktörlere göre değişebilmektedir. Kişilerin sosyal sermayesini etkileyen unsurlardan biri de kuşkusuz toplumsal cinsiyettir. Kadın ve erkeklerin sahip oldukları sosyal sermayeleri ve çevreleri ile ilişkileri toplumsal faktörlere göre açıklanabilmektedir.

Toplumlarda erkek ve kadın toplumsallaşması birbirinden farklıdır. Kadınlar toplumsallaşma süreçlerinde sosyal ilişkilere ve sosyal ağlara öncelik vermeleri gerektiğini öğrenmektedirler. Bu nedenle kadınlar başkalarının duygularına daha duyarlı olma eğilimindedirler. Dolayısıyla da yakın arkadaşlarının, akrabalarının ya da aile üyelerinin sorunlarını çözmeye çalışabilmektedirler (Akiyama ve Antonucci, 2002: 345). Ayrıca kadınlar kendileriyle ilgili problemleri de başkaları ile daha çok paylaşabilmektedirler.

Goldberg'e (2010: 69) göre toplumsallaşma sürecinde erkekler çocuk yaştan itibaren erkekliğin başkasına bağlı olmamak ya da başkasına dayanmamak anlamına geldiğini öğrenebilmektedir. Bu nedenle duygularını hapsederek inkâr edebilmekte, başkalarından destek alanlara şiddetle tepki gösterebilmektedirler. Eğer kendileri başkasından destek almaları ve dayanmaları gerekirse bu durumdan utanç duyabilmektedirler. Dolayısıyla erkekler kadınlara oranla kendilerini daha yalnız hissedebilmektedirler (Batıgün, 2008). Ancak çoğu zaman bu hislerini başkalarına ifade etme konusunda problem yaşayabilmektedirler.

Kadınlar için çevredeki kişilerle iletişim kurmak oldukça önemlidir. Kadınlar sıkıntıları ile ilgili konularda konuşmakta ve bu sayede rahatlamaktadırlar (Yaşar, 2007: 274). Erkekler için ise bir insana dokunmak, duygularını dile getirmek ruhsal olarak yaralayıcı olabilmektedir. Bu nedenle erkekler böyle davranışlardan büyük ölçüde kaçınabilmektedirler (Goldberg, 2010: 66). Ancak bu noktada duygu türlerinin

de önemi dile getirilmelidir. Örneğin erkekler öfkelerini, yalnızlık, korku, üzüntü gibi duygulara göre daha rahat bir şekilde ifade edebilmektedirler.

Erkeklerin kişilerarası ilişkilerde mesafeli durmaları, kadınlara oranla sosyal sermayeye daha az düzeyde sahip olmalarına neden olabilmektedir. Az sosyal sermayeye sahip olmak ise sağlıklı davranış biçimlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu bağlamda sosyal sermayeye ve desteğe daha çok sahip olan kadınların sağlık yönünden avantajlı oldukları söylenebilir.

Birçok kadın sağlıkla ilgili bilgileri komşu, akraba, arkadaş gibi sosyal ağların yanı sıra medya vasıtasıyla da elde etmektedir. Hatta yapılan bazı araştırmalarda kadınların kendilerinin yanı sıra erkeklere dair sağlık bilgilerine de erkeklerden daha çok sahip oldukları sonucu ortaya konulmuştur (Bird ve Rieker, 1999; Reed, 2012). Kadın sağlığına göre erkek sağlığı konuları medyada çok daha fazla yer almamaktadır. Bu nedenle sosyal destek ağından yeterince yararlanamayan erkekler medya vasıtasıyla da bilgi alma konusunda problem yaşayabilmektedirler.

Kadınlar sağlık konusunda görsel medyayı oldukça sık kullanmaktadırlar. Ancak yazılı basın ve internete ulaşma konusunda sıkıntılarla karşılaşabilmektedirler. Televizyona ulaşmada kent-kır farkı azalırken, yazılı basın ve internete ulaşmada bu oran artmaktadır (Özbaş ve Özkan, 2010: 545). Kadın ve erkekler arasında eğitim, sosyoekonomik düzey gibi eşitsizlikler akla getirildiğinde bu tarz farklılıkların var olması şaşırtıcı değildir.

Kadınların erkeklere oranla çevresi ile daha çok sosyal ağ kurması neticesinde sağlık ile ilgili bilgiler elde etmekte, kendi sağlık problemlerini başkalarına anlatarak stres düzeylerini azaltabilmektedirler (Macintyre vd., 1996; Parslow vd., 2004; Rieker, 2010). Böylelikle kadınlar çeşitli hastalık belirtilerini kendilerinde gördüklerinde hekime başvurabilmekte, erken teşhis avantajından faydalanabilmektedirler (Annandale, 2010; Macintyre vd., 1996). Oysa erkekler kadınlara göre daha az sosyal destek ağı kurmakta, hastalıkları hakkında konuşmamayı tercih etmektedirler. Bu nedenle hastalıklarının son aşamasında hekime başvurmakta ve hastalıkları geç teşhis edilebilmektedir. Sonuç olarak da kadınlar erkeklere oranla daha çok hastalığa sahip olmakla birlikte daha uzun süre yaşayabilmektedirler.

2.3.4.3. Toplumsal Cinsiyet ve Yardım İsteme, İlgililik- Bakım Vericilik İlişkisi

Kişilerin yardım etme ya da yardım isteme davranışı topluma, kişiye ve zamana göre değişiklik gösterebilmektedir. Yardım etme ya da yardım isteme davranışı ile kişilerin sağlıklı olmaları arasında ilişki bulunmaktadır. Kişiler çeşitli sağlık problemleriyle karşılaştıklarında, yardım isteme davranışını gösteriyor ve karşından da olumlu tepki alıyorlarsa, daha hızlı iyileşme sürecine girebilirler. Kişilerin yardım etme ve yardım isteme davranışları, kişilerin cinsiyetlerine göre değişiklik gösterebilmektedir.

Yardım etme davranışı ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi ele alan bir takım çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalara bakıldığında, erkeklerin yardım etme eğiliminin kadınlara oranla daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Daha ileri düzeyde yapılan çeşitli çalışmalara göre ise ailede temel bakım konusunda kadınların daha çok yardım etme davranışı gösterdikleri; öğüt verme, cesaretlendirme, beslenme ve bakımıyla uğraşma gibi konularda başkalarına sosyal destek sağladıkları sonucuna varılmıştır (Gökdağ, 2011: 138). Bu nedenle erkek ve kadınlarda farklı biçimlerde yardım etme davranışlarının var olduğu söylenebilir.

Toplumsallaşma sürecinde kadınlardan sevecen ve şefkatli olmaları beklenmektedir (Aronson vd., 2012: 639). Bu nedenle kadınlar aile içinde bakıma muhtaç olan çocuklara, yaşlılara, hastalara erkeklere göre daha çok bakım hizmeti verebilmektedirler. Toplumumuzda kadınların önemli bir kısmının ev hanımı olması, bu türlü işleri yapmalarına olanak sağlayabilmektedir.

Hasta olma, toplumsal yaşamın bir parçasıdır. Yani toplumda yaşayan insanlar yaşamlarının çeşitli dönemlerinde hastalanmaktadırlar. Hastalıktan, sağlıklı olmaya geçiş sürecinde hastalığın kabulü oldukça önemlidir. Çünkü hasta olduğunu kabul eden kişiler sağlık kuruluşuna başvurma ya da başkalarından yardım isteme gibi davranışlar sergileyerek, sağlıklı olmak için çaba sarf edebilmektedirler. Bu süreçte kişinin cinsiyeti de önem taşımaktadır.

Toplumlarda erkekler hasta rolüne uyum sağlama konusunda problem yaşadıkları için hastalandıklarında yardım istemeye karşı direnç gösterebilmektedirler. Goldberg'e (2010: 71) göre erkekliğin başlıca göstergelerinden biri karşısına çıkan

olaylar karşısında “kendi başıma yapabilirim, kimsenin yardımına ihtiyacım yok” tepkisini göstermektedir. Erkeklerin yardım istemek zorunda olmaları kendilerini rahatsız, kaygılı ve savunmasız hissetmelerine neden olabilmektedir. Bu nedenle hastalık durumunda erkekler kendilerinden beklenildiği gibi daha az şikâyet etmekte, daha az duygusal tepki vermekte ve fiziksel acılara daha fazla dayanabilmektedirler. Kadınlar ve erkekler arasındaki bu fark biyolojik, psikolojik ve davranışsal özelliklerinden kaynaklanabilmektedir (Courtenay, 2000; Tanrıverdi vd., 2007).

Erkeklerin yardım istemeye yönelik olan direnci eşiyle dostuyla, yakınlarıyla, eş ve çocuklarıyla ilişkilerini zedeleyebilmektedir. Kimi maço tarzında erkek yardıma ihtiyacı olmasına rağmen karısından yardım istememektedir. Geleneksel bağlamda karısı bilinçli olarak erkeğe yardım etmeye çalışsa da, bu durum erkek açısından bir sorun niteliği taşıyabilmektedir. Erkeklerin yardım isteyememesi insanlardan uzaklaşmalarına ya da alkol ve uyuşturucuya başvurmalarına yol açabilmektedir (Goldberg, 2010: 71,85,142). Ki bu tür olumsuzluklar erkeklerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Sancar’a (2013: 253) göre erkekler hasta olmak, sağlıklı olmak, iyi beslenmek, iyi görünmek gibi konular hakkında konuşmaktan çekinebilmektedirler. Çünkü bu tür konularla ilgili konuşmak feminen bir sohbet tarzı olarak nitelendirilebilmektedir. Erkeklerin bedenlerinin güçlü görünmesini engelleyecek hastalık, sakatlık, şişmanlık gibi halleri bir tür “erkeklik aşınması” olarak algılamaları bu tür davranışlar sergilemelerine neden olabilmektedir. Ancak bu konuşmaların tüm erkekler için genellenmesi mümkün değildir. Günümüzde hem erkekler hem de kadınlar sağlıklı yaşamak ve sağlıkla ilgili bilgiler edinmek için daha çok çaba sarf harcamaktadırlar.

Genel olarak söylemek gerekirse kadınlar erkeklere oranla hasta olduklarını daha kolay kabul ettikleri için, sağlıklarına tekrar kavuşma adına daha çok çaba sarf etmektedirler. Kendilerinde herhangi bir hastalık belirtisi gördüklerinde çevresindekilere bu durumu anlatarak, çözüm arama davranışı gösterebilmektedirler. Çevresindekilerden aldıkları önerilerle çeşitli geleneksel tıp yöntemleri deneyebilmekte ya da modern tıp uzmanlarına başvurabilmektedirler.

2.3.5. Toplumsal Cinsiyet -Stres Yönetimi İlişkisi

Günümüzde insanların sağlıkları üzerinde etkili olan etmenlerden biri strestir. Stres düzeyinin yüksek olması çeşitli psikolojik ve bedensel hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Kişilerin her gün yeterince uyumaları, rahatlamak için her gün kendilerine zaman ayırmaları, yaşamlarında değişmeyecek olan şeyleri olduğu gibi kabullenmeleri, iş ve eğlence hayatlarını dengelemeleri, streslerini kontrol etmeleri için uygun yöntem ve teknikleri bilerek bunları uygulamaları stres düzeylerini azaltabilmektedir.

Stres fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal anlamda çeşitli davranışların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Kişiler yaşamlarındaki bir takım şeyleri değiştirerek, kabul ederek, boş vererek ya da yaşam tarzlarını yöneterek stresle baş etme stratejileri geliştirebilmektedirler (Güçlü, 2001: 95). Ancak bütün bu faktörler kadın ve erkeklere göre değişiklik gösterebilmektedir.

Toplumlarda kadın ve erkekler birbirinden farklı stres faktörleriyle karşı karşıya gelebilmektedirler. Aynı zamanda kadın ve erkeklerin stres karşısında takındıkları tavır ve stresle baş etme yöntemleri de birbirinden farklı olabilmektedir. Kadınlar ve erkekler arasındaki bu farklılık biyolojik, psikolojik ve toplumsal faktörlerden kaynaklanabilmekte ve onların sağlık ve hastalıkları üzerinde etkili olabilmektedir.

Gökalp'e (2003) göre geleneksel kadın-erkek ya da evlilik ilişkilerinde kadınlar kendi bedenleri ve gelecekleri üzerinde karar verici olmaktan uzak tutulabilmektedir. Ayrıca kadınların sosyal olarak arkadaş ilişkileri ve maddi kaynaklar gibi faktörler tarafından sınırlandırılmış olmaları, onların strese daha çok maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Kadınların aile içinde çocuk bakımı, yaşlı ya da hasta bakımı gibi rolleri daha çok üstlenmeleri, ekonomik özgürlüğe sahip olmamaları ya da erkeklere göre daha düşük pozisyondaki işlerde çalışmaları onları strese sürükleyebilmektedir.

Ünal ve arkadaşları (2002: 12) yaptıkları bir çalışmada sağlık kuruluşuna başvuran hastaların cinsiyetlerine göre stres etkenlerinin farklılaştığını ortaya koymuşlardır. Bu çalışmada evlilik ve karşı cinsle ilişkiler, diğer kişilerarası ilişkiler, yaşam koşulları, anne babalık (çocuk hastalanması gibi), yakın ölümü, gelişimsel (yaşam döngüsü evreleri), felaketler, kaza, aile bireylerinde ortaya çıkan hastalıklar

gibi stres nedenlerinin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü gözlenmiştir. İş ya da işsizlik gibi mesleki stres faktörlerinin ise erkeklerde daha sık görüldüğü ifade edilmektedir. Bu durumun nedeni toplumsallaşma farklılığına, toplumda erkek ve kadınlara verilen farklı rollere bağlanabilir.

Kadınlar stres belirtilerini erkeklere oranla daha çok fark etmektedirler (Goldberg, 2010: 135). Yine kadınlar erkeklere oranla vitamin alma, düzenli uyuma, hobilerle meşgul olma gibi davranışları daha çok sergilemektedir. Ki bu davranışlar onların stres düzeyini azaltarak daha sağlıklı olmalarına zemin hazırlayabilmektedir (Dökmen, 2010: 182). Ancak kadınların erkeklere oranla bazı şeyleri değişmez olarak görmeleri, kendilerindeki olumsuzlukların daha çok farkında olmaları, geçmişteki olumsuz deneyimleri daha çok hatırlamaları, başarısızlıkları daha çok içsel nedenlere bağlamaları stres düzeylerini artırabilmektedir (Gökalp, 2003).

Tarhan'a (2005: 150) göre kadınlar duygusal travmalara eğilimlidirler. Onlar geçmişte yaşadıkları haksızlıkları kolay kolay unutmamaktadırlar. Erkekler herhangi bir adaletsizlikle karşılaştıklarında kar zarar hesabı yapmakta, olayı kapatmakta ve yaşadıkları karşısında incinme duygusunu arka plana itmektedirler. Oysa kadınlar maruz kaldıkları kötü muamelelerin etkisini kolay atlatamamakta daha çok geçmişte yaşamaktadırlar. Geçmişte yaşamak ise kadınları depresif bir ruh haline yatkın hale getirebilmektedir.

Goldberg (2010: 84) erkeklerin ani ve beklenmedik olaylar karşısında aşırı bir duyarlılığa sahip olduklarını dile getirmektedir. Ona göre böyle durumlarda erkekler çılgınca şeyler yapabilmekte, alkol alabilmekte, yüksek hızda araba kullanabilmekte, yıkıcı iletişim kurabilmekte ya da şiddetli öfke patlamaları yaşayabilmektedirler. Erkeklerin kadınlara göre daha çok gösterdikleri bu tarz davranışlar, bedensel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Kadınların stres belirtilerini erkeklere oranla daha çok gösterdikleri toplum tarafından kabul edilmiştir. Ancak yapılan çeşitli çalışmalarda aralarında çok büyük bir fark olmadığı sonucu ortaya konulmuştur. Bu nedenle erkeklerin kimi zaman stres belirtilerini engelleme eğiliminde bulundukları söylenebilir (Goldberg, 2010: 135).

Genel olarak söylemek gerekirse erkek ve kadınlar birbirinden farklı stres faktörleriyle karşı karşıya kalabilmektedirler. Kadınların erkeklere oranla daha çok strese girdikleri ifade edilebilir. Ancak kadınlar stres belirtilerinin daha çok farkındadırlar ve stresle baş etmek için daha çok davranış sergileyebilmektedirler.

2.4. Toplumsal Cinsiyet-Riskli Sağlık Davranışları İlişkisi

Risk alma, kişilerin olası davranışlar içerisinde olumsuz ya da tehlikeli sonuçlar doğurabilecek davranışları seçerek yapmaya yönelmeleridir. Toplumsal cinsiyet ile riskli sağlık davranışlarına yönelme arasında ilişki bulunmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalara göre erkekler kadınlardan daha fazla riskli sağlık davranışı sergilemektedirler (Dean vd., 1995; Dökmen, 2010: 180). Erkek ve kadınların farklı toplumsallaşma süreçlerinden geçmeleri ve farklı cinsiyet rollerine sahip olmaları, farklı yaşam biçimlerine sahip olmaları riskli davranışlar gösterme düzeylerini etkileyebilmektedir.

Riskli sağlık davranışları çeşitlidir. Bunlardan bazıları yüksek hızda araba kullanma, alkollü araba kullanma, korunmasız cinsel ilişkiye girmek şeklinde sıralanabilir (Browne, 2011: 515; Dökmen, 2010: 180). Erkeklerin daha çok sergiledikleri emniyet kemeri takmama, güneş kremi kullanmama, uyuşturucu madde kullanma, alkol ve sigara kullanma, silah kullanma gibi riskli sağlık davranışları, sağlıksızlığı beraberinde getirebilmektedir (Isacco, 2013). Dolayısıyla erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda riskli sağlık davranışlarına bağlı hastalıklara, kazalara ya da sakatlanmalara maruz kaldıkları ifade edilebilir.

Erkeklerin riskli davranışlar göstermesinin biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenleri bulunabilmektedir. Örneğin hormon düzeyleri kadın ve erkeklerin davranışları üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Erkek cinsiyet hormonu yüksek seviyede fiziksel aktiviteye neden olabilmektedir. Ayrıca toplumda erkeklerin kaza yapma ve yaralanma davranışları daha kabul edilebilir düzeydedir (Courtenay, 2000; Waldron, 1997: 308-318; Walsh, 2004: 75).

Cinsiyet farklılığının yanı sıra yaş farklılığı da hastalanma ya da ölme oranlarının farklılaşmasına neden olabilmektedir. Yaşa göre kadınlar ve erkekler farklı ölüm ve hastalanma oranlarına sahiptirler (Bradby, 2009). Özellikle genç yetişkin erkeklere

verilen toplumsal ve kültürel roller onları riskli davranışlara itebilmektedir. Bu nedenle genç yetişkin erkekler yüksek düzeyde intihar, trafik kazaları ve riskli davranışlardan dolayı aynı yaştaki kadınlardan iki kat daha fazla oranda hayatlarını kaybedebilmektedirler (Connell, 2012; Gabe vd., 2005).

1990'lı yıllarda yapılan çeşitli çalışmalara göre geniş omuzlar ve kaslı kollar, erkeklerin yeni beden imajını oluşturmaktadır. Bu nedenle erkekler bedenlerini şekillendirmek için spor yapmanın yanı sıra (Sancar, 2013: 246) steroid kullanma, tedbirsiz diyet uygulamaları, onaylanmamış ilaç takviyesi kullanma gibi davranışlara yönelebilmektedirler (Terre, 2013). Erkeklerin iyi bir beden imajına sahip olmak için spor yapmaları sağlıkları üzerinde olumlu etkilere sahip olabilmektedir. Ancak bedenlerini kısa sürede şekillendirmek için aşırı spor yapmaları, steroid kullanmaları, yanlış diyet uygulamaları onların sağlıklarını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir.

Toplumlarda kadınlar erkeklere oranla daha az riskli davranışlar sergilemektedirler. Bunun nedeni toplumsallaşma sürecinde öğrendikleri ve sahip oldukları toplumsal cinsiyet rollerinden, biyolojik ve psikolojik yapılarından kaynaklanabilmektedirler. Kadınlar boş zamanlarını daha çok ev içinde ya da tehlikesiz ortamlarda, tehlikesiz uğraşlarla geçirmektedirler. Bu nedenle riskli sağlık davranışlarını daha az düzeyde sergilemektedirler. Ayrıca kadınların riskli sağlık davranışlar göstermesinin toplum tarafından hoş karşılanmaması, bu tarz davranışların sergilemelerini engelleyebilmektedir.

2.4.1. Toplumsal Cinsiyet ile Alkol ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Alkol ve sigara kullanımı kişilerin sağlık düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Sigara, KOAH ve akciğer kanseri başta olmak üzere çeşitli hastalıklara davetiye çıkarmaktadır. Alkol ise çeşitli karaciğer hastalıklarına, çeşitli kazalara, yaralanmalara ve alkol bağımlılığına zemin hazırlayabilmektedir.

Alkol ve sigara kullanma davranışında içinde yaşanılan grubun ve toplumun etkisi oldukça büyüktür. Bazı toplumlar alkol ve sigara kullanımı konusunda esnek bir yapıya sahipken, bazı toplumlarda bu tür kötü alışkanlıklara karşı oldukça katı bir tutum sergilenebilmektedir. Alkol ve sigara kullanımının onaylanması veya onaylanmamasında cinsiyet faktörü önem taşımaktadır. Genel olarak söylemek

gerekirse toplumlarda kadınların sigara ve alkol kullanmaları onaylanmazken, erkeklerde bu alışkanlıkların onaylanma olasılığının daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

Terre'ye (2013) göre alkol kullanımı ile erkeksilik arasında da ilişki bulunmaktadır. Özellikle geleneksel erkeksilik rollerinde alkol kullanımı normal bir olgu olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Erkeklerin alkol kullanımı medyada, ailede ya da akran grupları arasında normal görülebilmekte, erkeklerin alkol kullanımı, kadınlara oranla çok daha fazla tolere edilmektedir. Yine ailelerin erkek çocuklarını kız çocuklarına oranla çok daha bağımsız yetiştirmeleri, erkek çocuklarının alkole erişimlerini kolaylaştırabilmektedir. Özellikle genç erkekler, akran gruplarıyla birlikte erkeksiliğin verdiği rollerle alkol kullanabilmektedirler; ancak aynı durum kızlar için geçerli değildir. Alkol kullanan genç kızlar toplum tarafından damgalanabilmektedirler. Bu nedenle kadınların alkol kullanma düzeyleri erkeklere göre düşük seviyededir.

Erkeklerin alkol kullanım oranının daha yüksek olmasını bir başka etkene bağlayan kişi Goldberg'tir. Ona göre geleneksel olgun erkek tanımında erkekler çocuksu davranışlar sergilememelidirler ve her zaman kontrollü olmak zorundadırlar. Dolayısıyla bazı erkekler gevşemek ve rahatlamak için sarhoş olmayı isteyebilmekte (Goldberg, 2010: 81), bir problemi olan ancak onu çözemeyen, problemi hakkında kimseyle konuşmayan bazı erkekler, söz konusu problemlerinden uzaklaşmak için alkol kullanmayı tercih edebilmektedirler.

Erkeklerin alkol kullanımı sağlıkları açısından büyük tehlikelere yol açabilmektedir. Erkeklerin aşırı alkol kullanımları toplumsallaşma problemlerine, trafik kazalarına, fiziksel saldırılarda bulunmalarına ya da fiziksel saldırıya maruz kalmalarına yol açabilmektedir. Ayrıca aşırı alkol kullanımı üreme bozukluklarına, ağız, gırtlak, yemek borusu, karaciğer ve kolon kanserlerine ve cinsel disfonksiyona neden olabilmektedir (Terre, 2013). Bu nedenle kadınlara göre daha çok alkol kullanan erkeklerin sağlıklarının sosyal, psikolojik ve biyolojik bakımdan olumsuz yönde etkilendiği ifade edilebilir.

Alkol kullanımında olduğu gibi sigara kullanımında da cinsiyetler arasında bir farklılaşma bulunmaktadır. Genel olarak erkeklerin kadınlara oranla daha çok sigara kullandıkları ifade edilebilir. Sigara kullanımının erkekler arasında daha yaygın olmasının nedeni, alkol kullanımı nedenleri ile benzerlik göstermektedir. Bir başka deyişle toplumsal ve psikolojik farklılıklar, erkeklerin daha çok sigara kullanmalarına neden olabilmektedir.

Toplumlarda özellikle ergenlik dönemindeki erkekler, erkek olduklarını ispatlamak için sigara kullanabilmektedirler. Bu noktada erkeklerin kendileri için model aldıkları aile üyelerinin, akranlarının ya da kitle iletişim araçlarının da önemli faktörler olduğu söylenebilir (Terre, 2013). Arkadaş gruplarının sigara kullanma üzerindeki etkisi, özellikle gençlik döneminde kız öğrencilerde de gözlenebilmektedir. Toplumumuza genel olarak baktığımızda kadınların erkeklere göre daha az sigara kullandıkları gözlenmektedir. Ancak lise ve üniversite dönemlerinde kızların sigara kullanma davranışı artış gösterebilmektedir.

Sigara kullanma davranışında etkili olan faktörlerden biri de tütün endüstrisidir. Toplumda erkeklerin güçlü, kadınların ise zayıf olarak algılanması, kadınların erkek gibi güçlü olma istemelerine neden olmuştur. Tütün endüstrisi bu durumu kendi lehine kullanarak cinsiyet normlarını değiştirmeye yönelik tutumda bulunmuştur. Bu anlamda sigarayı kadının modern, erkekle eşit, güçlü ve özgür olmalarının bir sembolü olarak kullanmıştır. Dolayısıyla kadınlar erkeklerle eşit, modern ve güçlü olabilmek için sigara kullanmaya başlamışlardır (Öztoprak ve Günay, 2013: 197).

Özetle söylemek gerekirse erkeklerin kadınlara göre daha çok sigara ve alkol kullandıkları ifade edilebilir. Alkol ve sigara kullanımı konusundaki eşitsizlik kadınlar açısından bir avantaja dönüşebilmektedir. Kadınların alkol ve sigara kullanmamaları yönündeki toplum baskısı, onların sigara ve alkole bağlı olarak ortaya çıkan hastalık, çeşitli kaza ve yaralanmalara daha az maruz kalmalarına neden olabilmektedir.

2.4.2. Toplumsal Cinsiyet ve Saldırganlık İlişkisi

Bilimsel literatürde ve gündelik dilde oldukça sık kullanılan saldırganlık kavramı üzerinde anlaşmaya varılan bir tanım bulunmamaktadır. Ancak herhangi bir saldırganlık tanımında herkesin kesin bir şekilde kabul ettiği ortak nokta,

saldırganlığın diğerk bir kişiye veya nesneye zarar vermeyi ya da onu incitmeyi içermesidir. Saldırganlıkta zarar verme ya da incitme, fiziksel ya da psikolojik düzeyde olabilmektedir (Kayaoğlu, 2011: 125). Dolayısıyla saldırgan davranışa maruz kalan kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığının olumsuz yönde etkilendiğı ifade edilebilir.

Saldırganlığın kökenleri farklı görüşlerde, farklı biçimlerde açıklanmaktadır. İçgüdüsel yaklaşıma göre saldırgan davranış doğuştan gelen, genetik kökenli bir içgüdü'nün dışavurumudur. Bu kuram Freud'un psikanalizmi çerçevesinde geliştirilmiştir. Evrimci anlayışa göre saldırgan davranış, türün en güçlü ve genetik olarak en uygunlarının hayatta kalmasını sağlamaktadır. Saldırganlığın kökenine ilişkin açıklamalar yapan bir başka görüş ise sosyal öğrenme yaklaşımıdır. Bu yaklaşıma göre saldırganlık davranışı ve diğerk davranışlar öğrenme yolu ile kazanılmaktadır. Söz konusu yaklaşıma göre davranışlar pekiştirme ya da model alma yolu ile sosyal olarak öğrenilerek sergilenmektedir (Kayaoğlu, 2011: 128,129).

Kişilerin sahip oldukları cinsiyet onların saldırgan davranışlar sergilemelerinde etkili olabilmektedir. Bu nedenle kadın ve erkeklerin farklı düzeylerde saldırganlık davranışları geliştirdikleri ifade edilebilir. Saldırgan davranışta cinsiyet farklılığının temel nedenleri biyolojik, psikolojik ve toplumsal faktörlere göre açıklanabilmektedir.

Toplumsal cinsiyet ile saldırganlık ilişkisinde biyolojik özellikleri vurgulayan çalışmalar mevcuttur. Örneğın Goldberg (Akt. Connell, 1998: 105) yaptığı araştırma sonucunda özellikle testosteron olmak üzere kimi hormonların erkek ve kadınlarda farklı düzeyde olduğu, dolayısıyla farklı hormon düzeyine sahip kişilerin farklı performanslar gösterebileceğı sonucuna ulaşmıştır. Goldberg'e göre saldırganlığa neden olan hormonların erkeklerde daha yüksek düzeyde bulunması sonucunda erkekler kadınlar üzerinde saldırganlığa dayalı bir üstünlük kurmuşlardır. Zamanla bu üstünlük sosyal davranışlardaki üstünlüğe dönüşmüştür. Ancak sadece biyolojik temelli, indirgemeci bir yaklaşımla saldırganlığın toplumsal cinsiyetle ilgisini açıklamak mümkün değildir. Çünkü saldırganlık ve şiddet, sosyal olarak da öğrenilebilmektedir.

Tarhan'a (2005: 182) göre saldırganlık kişinin kendisini tehlikelerden korumak için gösterdiği bir davranıştır. İnsanlar kendilerini tehlikeli durum karşısında sözel

olarak ifade edemiyorlarsa şiddete başvurabilmektedirler. Kadınlar duygu ve düşüncelerini başkalarına daha çok ifade edebilmektedirler. Ancak erkekler bir problem çıktığında hislerini kolay kolay ifade edememektedirler. Bu nedenle öfke birikimlerini şiddete dönüştürebilmektedirler.

Erkek toplumsallaşmasında “kahramanlığın” rolü oldukça fazladır. Erkeklerin kahramanlık duygusuna sahip olmaları yaralanmalarına neden olabilecek riskli davranışlar sergilemelerini beraberinde getirebilmektedir. Erkekler kendilerini cesur olarak göstermek ve içgüdüsel korkularını bastırmak için saldırgan davranışlar sergileyebilmektedirler (Goldberg, 2010: 72, 119). Bu tür davranışlar sergileyen erkeklerde yaralanma oranları yüksek düzeyde olabilmektedir.

Toplumda bazı erkekler için meydan okuyucu bir bakış ya da söz kavgaya tutuşmak için yeterli bir sebep olabilmektedir (Goldberg, 2010: 72). Kandiyoti (2011: 212) Türkiye’de erkekler arasındaki ilişkilerde ortaya çıkan bazı öfke tiplerinden bahsetmektedir. Ona göre erkeklerin gündelik ilişkilerinde “sigorta hızla atar”, bunun sonucunda en küçük saygısızlık ya da tahrik orantısız davranışlara yol açabilir. Ülkemizde bu nedenle karşısındaki kişiye şiddet uygulayan ya da şiddete uğrayan kişilerle karşılaşmak mümkündür.

Yaşar’a (2007: 268) göre toplumda erkekler küçük yaşlardan itibaren saldırganlığa yöneltirken, kadınlar seslerini inceltme deneyiminde olduğu gibi kibar olmaya ve kendilerini koruma adına bile olsa çatışma ve rekabetten uzak kalmaya yöneltilmektedir. Ancak sinirleri bozulan ya da hakarete uğrayan kadınlar da neredeyse erkekler kadar saldırgan davranabilmektedirler. Dolayısıyla erkeklerin belirsiz durumları kadınlara oranla daha kışkırtıcı algılayabildiği ve saldırıya geçebildikleri söylenebilir (Aronson ve ark, 2012: 686).

Goldberg’e (2010: 74) göre toplum tarafından erkek çocuklarının saldırgan olmaları hoş karşılanabilmektedir. Ancak bu duyguların kişisel olmaması, yabancılara, rakiplere, düşmanlara ya da dışsal hedeflere yönelik olması beklenmektedir. Yine de erkekler saldırganlık davranışlarını aile içinde kadın ve çocuklara yönelik olarak gösterebilmektedirler. Çünkü kadınlara yönelik saldırganlık toplum tarafından zaman zaman onay görebilmektedir (Baloğlu, 2006: 56; Dökmen, 2010: 162).

Erkeklerin saldırgan davranışları bulundukları yaşa göre değişim gösterebilmektedir. Bu konuyla ilgili olarak pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda okul öncesi dönemlerde erkek çocukların kız çocuklara oranla daha saldırgan oldukları, ancak çocukluk boyunca bu farklılıkların fazla olmadığı dile getirilmiştir. Ancak ergenlik dönemine gelindiğinde erkekler kadınlara oranla daha çok antisosyal davranış göstererek şiddet suçları işleyebilmektedirler (Dökmen, 2010: 161). Ergenlik döneminde erkeklerin daha çok saldırganlık davranışları göstermeleri hormonal yapılarına ve akran gruplarına bağlanabilir.

Waldron'a (1997: 303) göre erkekler cesaretli davranışlar göstermeleri sonucunda risk almaktadırlar. Ancak kadınlar karşılaştıkları durumlara daha temkinli yaklaşmakta, sağlıklarını gözeterek tepkiler vermektedirler. Bu nedenle erkeklerin kadınlara oranla daha çok riskli davranışlara sahip oldukları, kadınların ise erkeklere oranla daha çok engelleyici ve koruyucu davranışlara sahip oldukları ifade edilebilir. Erkeksi tavırlar, risk alma ve saldırganlık gibi davranışlar erkeklerin yaşamlarının erken dönemlerinden itibaren yaralanmalarına yol açarken (Üner, 2008: 15), kadınların davranışlarında daha temkinli olmaları, kaza ve yaralanmalara daha az maruz kalmalarına neden olabilmektedir.

Şiddet ile toplumsal cinsiyet ilişkisi ele alındığında genel olarak erkeklerin daha çok şiddetin uygulayıcısı konumunda olduğu görülmektedir. Erkekler şiddeti diğer erkekler, kadınlar ve çocuklar üzerinde uygulayabilmektedir. Ancak bu durumda şiddete en çok maruz kalanların kadınlar olduğu söylenebilir.

Kadınların maruz oldukları şiddetin fiziksel, psikolojik ve sosyolojik boyutları bulunmaktadır. Şiddet sonucunda fiziksel olarak morarmalar, ödem, kesikler, yanıklar, bağlanma izleri gibi gözle görülebilen sonuçlar ortaya çıkabileceği gibi gözle görülmeyen jinekolojik, nörolojik ve darbeye bağlı iç organlara zarar veren ve geriye dönüşü olmayan sonuçlar da ortaya çıkabilmektedir. Kimi zaman kalıcı fizyolojik zararlara ve sakatlıklara da neden olabilen şiddet, kişiyi ölüme kadar götürebilmektedir (Fraim, 2012: 2-3). Ki günümüzde ülkemizdeki kadın cinayetleri haberleri hemen hemen her gün gündemde yer almaktadır.

Kadınlar şiddet sonucunda fiziksel olduğu kadar psikolojik problemler de yaşayabilmektedirler. Fiziksel şiddete maruz kalan kadınlar çeşitli psikolojik problemlerle baş başa kalabilmektedirler. Bu kadınların benlikleri zedelenmekte, özgüvenleri kaybolmakta, depresyon ve travma sonucu stres bozukluklarına yatkın hale gelebilmektedirler (Tarhan, 2005). Şiddete maruz kalan kadınlar toplumsal olarak da damgalanmaya maruz kalabilmektedirler. Ancak şiddete karşı kadınlardan kimi zaman beklenen rol susmak, itaat etmek, karşılık vermemek, söylenileni koşulsuz olarak yapmak ve hizmet etmek gibi geleneksel rollerini devam ettirmeleri olabilmektedir (Fraim, 2012: 1,3).

Özetle söylemek gerekirse erkeklerin kadınlara göre daha çok saldırganlık davranışlarında bulundukları ve şiddet gösterdikleri ifade edebilir. Erkeklerin daha çok şiddet göstermelerinin altında biyolojik, toplumsal ve psikolojik faktörler yatabilmektedir. Erkeklerin daha çok şiddet davranışı göstermeleri şiddet temelli yaralanmalara daha çok maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Diğer yandan erkeklerin kadınlar üzerinde şiddet uygulamaları kadınların sağlığını fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

2.5. Toplumsal Cinsiyet- Meslek Hastalıkları İlişkisi

Meslek hastalıkları, çalışanların iş yerlerinde bulundukları süreçte işe bağlı olarak tekrarlanan sebeplerden dolayı ortaya çıkan, geçici veya sürekli bedensel ve ruhsal problemlere neden olan hastalıklar olarak tanımlanabilir. Meslek hastalıkları kimyasal, fiziksel, biyolojik ve tozlar nedeni ile ortaya çıkabilmektedirler (Ilıman, 2015: 21,24). Bu nedenle kişilerin sahip oldukları mesleklerle sağlık ve hastalıklar arasında bir ilişkinin bulunduğu ifade edilebilir.

Toplumsal cinsiyet ile meslek ya da çalışma koşulları arasında ilişki bulunmaktadır. Toplumlardaki cinsiyetler arasındaki meslek ayrımları, kadın ve erkeklerin farklı iş kollarında çalışmalarını beraberinde getirmektedir. Toplumsallaşma süreci, toplumsal cinsiyet rolleri, kültürel yapı gibi pek çok faktör kadın ve erkeklerin meslek seçimleri üzerinde etkili olabilmektedir.

Kadın ve erkeklerin farklı meslek dallarında çalışmalarında ya da kadınların herhangi bir mesleğe sahip olmamalarında kamusal ve özel alan ayrımı oldukça

önemlidir. Çünkü toplumlarda erkekler kamusal alanda, kadınlar ise özel alanda daha çok yer almaktadırlar. Özel alanda olan kadınlar zamanlarını daha çok evlerinde geçirerek ev hanımlığı rolünü üstlenmektedirler. Çalışma hayatını tercih eden kadınlar ise daha çok hemşirelik, öğretmenlik ya da temizlikçilik gibi kadınsı meslekleri tercih edebilmektedirler. Kamusal alanda daha fazla oranda bulunan erkekler ise ev dışındaki çok çeşitlenmiş işlerde çalışabilmektedirler.

Meslekler ve çalışma koşulları, kadın ve erkeklerin farklı çevresel risklere maruz kalmalarına ve böylece farklı nedenlerle ölmelerine ya da hastalanmalarına yol açabilmektedir (Momsen, 2010: 93). Yine ev içinde ve ev dışında çalışma, farklı kazaların yaşanmasını beraberinde getirebilmektedir. Örneğin kadınların ev işleriyle daha çok ilgilenmeleri ev kazalarına, erkeklerin iş yaşamında daha çok bulunmaları iş kazalarına daha çok maruz kalmalarına neden olabilmektedir.

Kadınlar çocuk doğurmaları nedeniyle gelecek kuşakların sağlıklarını koruma adına bazı riskli işlerden uzak tutulabilmektedir. Bu nedenle erkekler kadınlara oranla daha ağır, tehlikeli ve riskli işlerde çalışabilmektedirler (Akın, 2007). Erkeklerin riskli işlerde daha yoğun çalışması toksik maddelere, radyasyona daha çok maruz kalmalarına neden olabilmektedir (McCrea, 2003: 189; Dökmen, 2010: 217). Bu nedenle erkekler mesleklerinden dolayı kadınlara göre daha fazla ölümcül hastalıklara, sürekli sakatlanmalara ve erken ölümlere yol açan hastalıklara yakalanabilmektedirler (Clawley vd., 2008: 159; Turner, 2011: 131).

Kadınların ev içinde erkeklere oranla çok daha fazla yüklendiği roller çeşitli sağlık problemlerini beraberinde getirebilmektedir. Kadınların suyu erkeklere oranla daha çok kullanmaları suyla bulaşan hastalıklara daha çok maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Kadınların daha çok yemek yapmaları ve soba yakmaları yanıklara ve sırt ağrılarına yol açabilmektedir. Yine kadınların havasız ortamla yemek yapmaları ya da bulunmaları solunum yolu enfeksiyonlarına, öksürüğe ve akciğer kanserine davetiye çıkarabilmektedir. Kadınların kırsal kesimlerde bahçe işleriyle çok uğraşmaları malarya, filaryaz hastalığına ve kronik sırt ağrılarına neden olabilmektedir (Momsen, 2010: 93). Dikkat edilmeden, uygunsuz pozisyonlarda yapılan ev işleri sırt, bel, kol ve bacak ağrılarına yol açabilmektedir. Bütün bunlara ilave olarak temizlik

için kullanılan çamaşır suyu, tuz ruhu, deterjan gibi bazı kimyasal maddeler sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kadınların evde yaptıkları işler kesik, yanık, düşme, kayma, ergonomik problemler gibi sağlık riskleri taşıyabilmektedir (Özçelik Adak, 2002: 169).

Stresli ve tehlikeli çalışma koşulları kadınların sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Ancak yapılan çeşitli araştırmalara göre çalışan kadınlar çalışmayan kadınlara oranla daha sağlıklıdırlar. Çünkü alışan kadınlar çalışmayanlara oranla daha çok sosyal desteğe sahiptirler. Ayrıca alışan kadınlar kendini gerçekleştirerek kendilerini daha güçlü, güvende ve sağlıklı hissetmektedirler (. Adak, 2002: 55).

Genel olarak söylemek gerekirse erkek ve kadınların farklı mesleklere sahip olmaları onların sağlık düzeylerine etki edebilmektedir. Erkeklerin kadınlara oranla daha riskli işlerde çalışmaları, çeşitli iş kazalarına, sakatlanmalara, yaralanmalarına davetiye çıkarabilmektedir. Toplumlarda kadın ve erkekler arasındaki eşitsizliğin giderek azaldığı ve kadınların da çalışma hayatına daha çok katıldığı göz önüne alınacak olunursa, günümüzde kadınların da erkekler gibi meslek hastalıklarına daha çok maruz kalmaya başladıkları söylenebilir. Yine bu eşitsizliğin azalmasıyla erkeklerin ev içindeki rollerinin artması, ev işlerinden kaynaklanan hastalık ya da kazalarla erkeklerin de karşı karşıya gelmelerine neden olabilmektedir.

BÖLÜM III

KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Toplumsal cinsiyet ve sağlık ilişkisini açıklayabilmek için bir yandan cinsiyet ve toplumsal cinsiyet, diğer yandan sağlık ve hastalıkla ilgili kuramlara ihtiyaç duyulduğu ifade edilebilir. Çünkü hastalık ve sağlığın biyolojik, psikolojik ve toplumsal kökenleri bulunmaktadır.

Kadın ve erkek arasındaki sağlık ve hastalık düzeyi farklılığı ilk olarak biyolojik etkenlere bağlı olarak açıklanabilir. Kadın ve erkekler arasında anatomik, fizyolojik ve hormonal farklılıklar, erkek ve kadınlarda görülen hastalıkların sayısını ve türünü etkileyebilmektedir. Dolayısıyla erkeklerin kadınlara göre daha erken yaşta ölmelerinin ve kadınların daha çok hastalığa sahip olmalarının nedenlerinden birinin biyolojik cinsiyetleri olduğu ifade edilebilir.

Biyolojik etkilerin yanısıra bir takım toplumsal faktörler de kadınların erkeklere göre daha çok hastalığa sahip olmalarına ve daha uzun süre yaşamalarına yol açabilmektedir. Bu faktörlerden biri toplumsal cinsiyet rolleridir. Toplumsal cinsiyet rollerinin hastalığa neden olduğunu ifade eden çalışmalar kadınlara verilen dayanıksızlık, hasta olma, güçsüz olma, bağımlı olma; erkeklere verilen dayanıklılık, duygusuzluk, güçlü ve sağlıklı olma gibi rollerin, onların sağlık ve hastalık düzeyini etkilediğini öne sürmektedir. Bu görüşe göre erkek ve kadınlara atfedilen bu roller onların kendilerini hasta ya da sağlıklı hisetmelerine, sağlık davranışı ya da riskli sağlık davranışları sergilemelerine, hastalıklarını kabul etmelerine ya da reddetmelerine, dolayısıyla da sağlık hizmeti alma düzeylerine etki edebilmektedir.

Toplumsal cinsiyet rollerinin yanısıra medikalizasyon sürecinin de kadın ve erkeklerin sağlıkları üzerinde etkili olduğuna dair görüşler bulunmaktadır. Bu görüşe göre kadınların bazı normal biyolojik durumları hastalık olarak kabul edilebilmektedir. Dolayısıyla kadınlar medikalizasyon sürecinde hasta olarak inşa edilmektedirler. Bu tür çalışmalarda ataerkil tıbbın kadınları hasta olarak inşa ettiği de dile getirilmektedir.

Kadınların erkeklere göre daha çok hastalanmalarının nedenini cinsiyetler arasındaki eşitsizliğe bağlayan görüşler de bulunmaktadır. Bu görüşlere göre özellikle

geleneksel toplumlarda kadınların eğitim, gelir, statü gibi bakımlardan dezavantajlı konumda bulunmaları, erkeklere bağımlı olmaları, karar verme yetkilerinin bulunmayışı gibi faktörler sonucunda kadınların daha çok hastalandıkları, ancak sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları ifade edilmektedir.

Toplumsal cinsiyetin sağlık üzerindeki etkilerini ele almak için cinsiyet ve toplumsal cinsiyet ile ilgili kuramlara ihtiyaç duyulmaktadır. Tabii ki bu kuramların erkek ve kadın sağlığı ile ilgili açıklamalarda bulunması gerekmektedir. Bu bağlamda çalışmada erkek ve kadın sağlığı arasındaki farklılıkları açıklamak için sosyal inşa kuramı, sosyal rol kuramı, feminist yaklaşım ve biyomedikal yaklaşımdan yararlanılmıştır.

3.1. Sosyal İnşacılık Kuramı

Yaklaşık otuz yıl öncesine dayanan sosyal inşacılık kuramının en önemli temsilcileri Peter L. Berger ve Thomas Luckmann'dır. Sosyal inşacılık kuramı dünyayı tanımakta kesin doğru olarak kabul edilen görüşlere karşı eleştirel bir tavır sergilemektedir. Bu nedenle sosyal inşacılık pozitivistizmin karşısında yer almaktadır. Sosyal inşacı yaklaşımı dünyanın nasıl görüldüğü hakkındaki varsayımlara her zaman şüpheyile yaklaşılması gerektiğini savunmaktadır. Bu bağlamda dünyayı kavrarken kullanılan kategorilerin gerçek kategorik ayrımlara dayanmasının gerekmediği ifade edilmektedir (Burr, 2012: 3).

Berger ve Luckman'a göre sosyoloji sokaktaki insan ile felsefeciler arasında bir yerde bulunan, daha özel bir bilgi ve gerçekliği araştırmalıdır. Sokaktaki bir insan kendi gerçekliğini, onu sistematik olarak çözümlemeksizin bilmektedir. Felsefeci ise bilginin geçerliliği ve geçersizliği konusunda daha titiz davranış sergilemek durumundadır. Sosyolog ise felsefecilerin yaptığı gibi, neyin gerçek olduğu sorusundan uzaklaşarak toplumsal gerçekliğin nasıl ortaya çıktığı konusuna yoğunlaşmalıdır. Böylelikle sosyologlar, bir şeyin ya da bir olgunun gerçekliği ile ilgili sorgulama yapmadan, toplumun apaçık gerçeklerini kabul ederek çözümlemelerde bulunmalıdırlar (Berger ve Luckman, 1966, akt. Poloma, 1993: 262).

Berger'e göre gündelik yaşam gerçekliğinin hem nesnel, hem de öznel boyutları vardır. İnsan varlığı, dışsallaştırma süreci yoluyla nesnel toplumsal gerçekliğin

yaratılmasında ve içselleştirme süreci yoluyla onun tarafından etkilenmesinde bir araç niteliği taşımaktadır. Dışsallaştırma yoluyla yaratılan nesnel gerçeklik toplumda yaşayan kişiler üzerinde etkide bulunmaktadır. Bu süreç içerisinde üçüncü eleman içselleştirme ya da bireyin nesnel toplumsal dünyada sosyalleşmesidir. İçselleştirme, dışsallaştırma ve nesneleştirme diyalektik bir yolda birbirleri üzerinde çakışarak, birlikte var olmaktadır (Berger ve Luckmann, 1966: 61 akt. Poloma, 1993: 262). Berger ve Luckman'ın açıklamaları insanların sosyal pratikleriyle dünyayı nasıl inşa ettiklerini ve kendi dünyalarının doğasını sanki önceden verili ve sabitmiş gibi yaşantıladıklarını göstermektedir (Burr, 2012: 13).

Sosyal inşacı yaklaşıma göre bireyler toplumun bir üyesi olarak doğmazlar. Bireyler sosyalliğe yatkın olarak doğarlar ve toplumun bir üyesi haline gelirler. Her bireyin hayatında toplumsal diyalektiğe katılmaya başladığı esnada zamansal bir ardışıklık söz konusu olmaktadır. Bu sürecin başlangıç noktası içselleştirmedir. Genel anlamıyla içselleştirme ilk olarak kişinin hemcinsini anlamasında, ikinci olarak da bu dünyanın anlamlı ve sosyal bir gerçeklik olarak kavranmasında temel noktayı oluşturmaktadır (Berger ve Luckmann, 2008: 190).

Berger ve Luckmann'a göre bireyler birincil toplumsallaşmayı, çocukluk dönemleri boyunca yaşamaktadırlar. Toplumsallaşma sürecinde çocuğa anne ve babası ya da bu görevi üstlenenler tarafından gerçeklik tanımlamaları verilmektedir. Ancak bu gerçeklik tanımlamalarının çocuk tarafından tamamen özümsemesi söz konusu değildir. Çünkü çocuklar bu gerçeklik karşısında kendi yorumlarını içselleştirmektedirler. Böylelikle her insan kendisi tarafından nesnel gerçekliğin yansımaları olarak kabul edilen bir gerçeklik görünümüne sahip olarak toplumun bir üyesi haline gelmektedirler (Berger ve Luckmann, 2008: 194; Poloma, 1993: 265). Bu nedenle hem toplumsallaştıranların, hem de toplumsallaşan kişinin gerçeklik algısının son derece önemli olduğu ifade edilebilir.

Berger ve Luckmann toplumsal dünya içerisindeki çoklu gerçekliklerin varlığını vurgulamaktadırlar. Onlara göre sınıf, ırk, din ve bunlara benzer bir takım değişkenler nesnel gerçekliğin göstergeleri olabilirler, ancak aynı grup içinde bulunan iki kişi tam olarak aynı şekilde toplumsallaşamazlar. Örneğin bir alt sınıf çocuğu ile kapı komşusu

arkadaşı arasında çok büyük benzerlikler olabilir, ancak yine de aralarında bazı farklılıkları barındırabilirler (Poloma, 1993: 265). Bu nedenle toplumda her bireyin aynı şekilde toplumsallaştıkları söylenemez.

İnsanlar çevresindekilerle ilişki kurarak benliklerini geliştirmektedirler. Benliğin oluşumu hem süregiden organizma gelişimiyle hem de doğal ve insani çevrenin gerçekleştiği sosyal süreçlerle ilişkilidir. Benliğin genetik kısmı doğumla birlikte verilmektedir. Diğer yandan benlik, toplumsal ve kültürel yapı içerisinde de edinilmektedir. Sosyal bir ürün olarak ortaya çıkan benliğin yapısı psikolojik bir donanımına da sahiptir. Örneğin bir toplumda “erkek” olmak için erkekçe duygu, davranış ve hatta bedensel tepkilere de sahip olmak gerekmektedir (Berger ve Luckmann, 2008: 76). Yine toplumda bir kadın olmak için, kadınsı davranışlara sahip olmak gerekmektedir.

Sosyal inşacılık yaklaşımına göre toplumsal cinsiyet kavramı ile toplumdaki insanlar kadın ve erkek olarak farklı kategorilere ayrılmaktadır. Toplumsal cinsiyet bireylerin toplumsal statülerine ve toplumsal kimliklerine etki etmektedir. Kadın ve erkek bedeni kadınsılık ve erkeksilik rolleriyle toplumsal olarak cinsiyetlendirilmiştir (Lorber ve Moore, 2002: 1-4). Toplumda kadınlardan kadınsı, erkeklerden erkeksi cinsiyet rollerini sergilemeleri beklenmektedir.

Bu yaklaşıma göre toplumsal kimlikler gündelik hayatın içerisinde üretilmekte, dışsallaştırılmakta ve ardından içselleştirilmektedir. Kimlikler üretilmekten daha çok miras alınmaktadır. Bu kimlik örneklerinden birisi de kadın kimliğidir. Bir annenin dışsallaştırdığı kadın kimliği, kızı tarafından içselleştirilmektedir. Böylece bir kız çocuğu bir taraftan kendi kimliğini oluştururken, bir kız çocuğunun ve erkek çocuğunun toplumda ne tür bir rol sergileyeceğini öğrenmekte, bir anne olduğunda da toplumun kendisinden beklediği rolü oynamaktadır (Metin, 2011: 76). Yine erkek çocukları kimliklerini ilk olarak babaları aracılığıyla elde etmektedirler. Baba tarafından dışsallaştıran erkeklik kimlikleri, erkek çocuklar tarafından içselleştirilmektedir. Böylelikle erkek çocuklar toplumda erkeksi davranışlar sergileyebilmektedirler.

İçselleştirme aşamasında kız çocuğu annesinin psikolojisiyle kendi psikolojisini özdeşleştirmektedir. Kız çocuklar duygusallık, şefkat, merhamet ile özdeşleşirken, erkek çocuklar sertlik ve güç ile özdeşleşmektedir. Yine kız çocukları annelerinin annelik duygularını içselleştirmektedir. Diğer taraftan ebeveynler kız çocuklarını bağımlı yetiştirirken erkek çocuklarını daha bağımsız yetiştirmektedirler. Toplum tarafından kabul edilmiş cinsiyet kalıp yargıları neticesinde erkek çocukları “erkek” olarak yetiştirilirken, kız çocukları “kadın” olarak yetiştirilmektedir (Metin, 2011: 86). Erkek ve kız çocuklarının bu şekilde toplumsallaştırılması, onların hayatları, tercihleri, davranış biçimleri gibi pek çok faktör üzerinde etkili olabilmektedir.

Sosyal inşacılık yaklaşımına göre toplumsal cinsiyet, toplumsal düzenin sağlanmasında büyük bir öneme sahiptir. Toplumsal cinsiyet ekonomi, aile, din, sanat, politika gibi birçok sosyal kurumla ilişkilidir (Lorber ve Moore, 2002: 4). Toplumsal cinsiyet rolleri kişilerin aile yaşamlarını, mesleklerini, yaşam biçimlerini ve sağlık hizmetlerini kullanım düzeylerini etkileyerek sağlıklarını direkt ve indirekt olarak etkileyebilmektedir. Bu anlamda toplumsal cinsiyet rollerinin sağlık problemlerinin inşa sürecinde etkili olduğu söylenebilir (McCrea, 2003: 189).

Sosyal inşacı yaklaşım biyolojik determinizm düşüncesine karşı çıkmaktadır. Çünkü kadın ve erkekler arasındaki farklılıkları doğa değil, sosyal dünya tarafından üretildiği kabul edilmektedir (Clawley vd., 2008: 4). Biyolojik olarak bakıldığında cinsiyet farklılığı beden, cinsel organ ya da hastalığın olup olmaması ile sınırlıdır. Sosyal inşacı kurama göre kadınlar ve erkekler biyolojik olandan çok kültürel farklılıkları barındırmaktadır (Rudman ve Glick, 2008: 8). Bu nedenle sosyal inşacılık yaklaşımının biyomedikal yaklaşıma karşıt görüşte olduğu ifade edilebilir.

Sağlık sosyolojisi alanında sosyal inşa kuramı oldukça önemli bir yere sahiptir. Sosyal inşacı kuram ilk olarak hastalığın kültürel anlamı ile ilgilenmektedir. İkinci olarak normal ve anormal arasında bir ayrım yapmaya çalışmaktadır. Üçüncü olarak hastalıklara karşı toplumsal tepkilerin oluşma sürecini ortaya koymaya çalışmaktadır. Dördüncü olarak ise toplumsal faktörlerin, tıbbi bilgi üzerindeki etkilerini ele almaktadır (Olafsdottir, 2013: 42). Ayrıca sosyal inşa kuramı hekim- hasta iletişimini

de konu edinmektedir. Hekimin ve hastanın sahip olduğu anlama gúcünün ve sosyal yapının iletişimi etkilediği dile getirilmektedir (Özçelik Adak, 2002: 185).

Sosyal inşacı kurama göre hastalıklar tarih boyunca var olmuştur. Hastalıkların sosyolojik ve ideolojik temelleri bulunmaktadır. Hastalık sabit bir gerçeklik değildir. Hastalık incelenen sosyal bir grubun norm ve değerlerine göre mecburen değerren bir şeydir. Bu anlamda biyolojik anormalliklerin sosyal ve kültürel olarak inşa edildikleri söylenebilir (Baloğu, 2006: 13).

Sağlık ve hastalığın yanı sıra sağlık hizmetleri de sosyal olarak inşa edilmektedir. Sağlık ve hastalık sadece sosyal olarak ortaya konulmamaktadır, aynı zamanda toplumda genellikle baskın grupların menfaatlerine hizmet eden sosyal uygulamalar şeklinde devam ettirilmektedir. Örneğin psikiyatri bilimi insanlar üzerinde sosyal kontrol sağlamaktadır. Yine psikiyatrinin üzerinde politik ve toplumsal etkenlerin de bulunduğu dile getirilmektedir (Burr, 2012: 37-38; Mishler, 1981: 141; Nettleton, 2006:18; Olafsdottir, 2013).

Sosyal inşacılığa göre toplumların hastalıklara ilişkin çeşitli görüşleri bulunmaktadır. Epilepsi, ruh hastalıkları, AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara sahip olan kişiler toplum tarafından damgalanabilmektedir. Damgalanan bu kişiler toplum tarafından etiketlenmekte, ayrımcılığa maruz kalmakta ve statülerini kaybedebilmektedirler (Olafsdottir, 2013). Hastalığa karşı toplumsal tepkilerin var olması, kimi zaman bazı hastalıkların gizlenmesine de neden olabilmektedir. Ki böyle durumlarda kişiler tedavi sürecinden uzaklaşabilmektedirler.

Tarih boyunca hastalık kavramı değerikliğe uğramıştır. Geçmişte hastalık olarak tanımlanan kimi rahatsızlıklar, günümüzde hastalık olarak algılanmamaktadır. Tam tersine geçmişte hastalık olarak kabul edilmeyen kimi rahatsızlıklar günümüzde hastalık olarak tanımlanabilmektedir. Yine tarih boyunca bazı hastalıklar bazı etnik gruplarla ya da cinsiyetle ilişkilendirilmiştir (Olafsdottir, 2013). Ayrıca hastalıkla ilgili algılar yaşanılan yere göre de değerşebilir. Örneğin bazı toplumlardaki kadınlarda premenstual semptomlar ya da anoreksiya nevroza görülürken bazı toplumdaki kadınlarda böyle sorunlar göze çarpmaz (Barker, 2010). Dolayısı ile hastalık ile sağlığın kültürel ve toplumsal temelleri olduğu dile getirilebilir.

Sosyal inşacı kuramcılar medikalizasyon (tıbbileştirme) sürecinden de bahsetmektedirler. Onlara göre alkol kullanımı, obezite, antisosyal kişilik bozukluğu gibi toplum tarafından istenmeyen ve problem olarak görünen durumlar tıbbileştirilmiştir. Medikalizasyon sürecinde gebelik, doğum, menstruasyon, menopoz gibi kadınların biyolojisine özgü durumlar hastalık olarak inşa edilmekte ve kadın bedenlerine müdahalelerde bulunmaktadır (Barker, 2010; Nettleton, 2006: 22).

Ivan Illich'e (2011: 30, 36) göre tıp mesleği koruyucu, endüstriyel ve çevresel tıbbın tüketicisi olmak için insanları özendirmektedir. Bu nedenle modern tıbbın hastalıkları desteklediği ifade edilebilir. Dolayısıyla tıp aracılığı ile artan sayıda arızalı insan sağ kalmakta, tıp tarafından hastalıkları belgelenen hasta kişiler endüstriyel çalışmadan uzak tutulmaktadır. Tıp bürokrasisi kişilerin stres düzeyini artırmakta, rahatsızlığa karşı toleransı giderek düşürmektedir. Böyle bir durum içerisinde kişilere kendi kendilerini tedavi etme hakları ortadan kalkmaktadır. Hasta rolü dışındaki acı, yas ve iyileşme bir tür sapkınlık olarak nitelendirilebilmektedir.

Sosyal inşacı kuram bir yandan toplumsal cinsiyet, diğer yandan sağlık ve hastalığın toplumsal kökenleri konusunda önemli bir bilgi kaynağıdır. Toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkileri sosyal inşa kuramına göre açıklanabilir. İlk olarak kuramın toplumsallaşma sürecinde kadın ve erkeklere atfedilen cinsiyet rolleri konusundaki görüşleri ele alınabilir. Toplumlar da kadınlara verilen duygusallık, şevkat, merhamet; erkeklere verilen sertlik, güç, bağımsızlık gibi roller onların sağlık ve hastalık düzeylerini etkileyebilmektedir. Çünkü söz konusu cinsiyet rolleri kadın ve erkeklerin yaşam biçimleri üzerinde etkiye sahip olabilmektedir. Yaşam biçimi ile sağlık arasında da ilişki bulunmaktadır. Genel olarak söylemek gerekirse sağlıklı yaşam biçimine sahip olan kişilerin daha sağlıklı oldukları söylenebilir. Cinsiyet rolleri kadın ve erkeklerin sağlık hizmetlerini kullanma düzeylerini de etkileyebilmektedir.

Sosyal inşa kurama göre sağlık ve hastalığın toplumsal kökenleri bulunmaktadır. Kurama göre tarih boyunca bazı hastalıklar kadınlarla, bazı hastalıklar erkeklerle ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle hastalık türü bakımından kadın ve erkekler arasında birtakım farklılıklar bulunabilmektedir. Medikalizasyon sürecinin de sağlık ve hastalık üzerinde etkili olduğunu ifade eden sosyal inşacı kurama göre kadınların menopoz,

gebelik, doğum gibi biyolojik olarak normal olan süreçleri hastalık olarak inşa edilebilmektedir.

3.2. Sosyal Rol Kuramı

Sosyolojik kuramda rol kavramı oldukça önemlidir. Rol kuramı 1980’li yıllarda ortaya çıkmış ve popüler olmaya başlamıştır. Bu tarihten sonra psikolog ve sosyologlar tarafından kullanılmaya başlanmıştır (Eagly vd., 2012: 123). Kuram çeşitli eksiklikleri nedeniyle eleştirilere maruz kalsa da toplumu anlamada önemli bir yere sahiptir. Rol kuramı içerisinde oldukça farklı iki yaklaşım biçimi bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan ilki Ralph Linton’ın sosyal antropolojisinin gelişmesinde rol oynamıştır. Bu yaklaşımda roller kurumsallaşmış normatif hak ve yükümlülükler kümesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Talcott Parsons’ın hasta rolü kuramı bu yaklaşıma iyi bir örnek niteliği taşımaktadır. İkinci yaklaşım ise daha çok sosyal psikolojik niteliktedir. Rol yapma, rol üstlenme ve rol oynama gibi aktif süreçlere dayanmaktadır. Bu yaklaşım sembolik etkileşimcilik ve dramaturji geleneklerinin bir parçası niteliğindedir (Marshall, 1999: 625).

Sosyal rol kuramı kadınlar ve erkekler arasındaki bütün davranışsal farklılıkların cinsiyet kalıp yargıları ve sosyal rollerle açıklanabileceğini ileri sürmektedir. Sosyal rol, toplum tarafından tanımlanmış olan ve bir sosyal kategorideki bireylerin hepsinden beklenen öğrenilmiş tepkilerdir. Bütün toplumlarda kadın ve erkeklerden beklenen roller ile bu beklentilere uygun farklı davranış örüntüleri bulunmaktadır. İnsanların gerçekleştirdikleri çoğu etkinlik toplum içindeki sosyal rollerine göre belirlenmektedir ve bu konuda sosyal baskılar yapılabilmektedir (Dökmen, 2010: 82). Bir başka deyişle toplumda kadın ve erkeklerden beklenen sosyal roller söz konusudur, bu rolleri sergilemeyen kişiler ise çeşitli baskılara maruz kalabilmektedirler.

Georg Simmel, George Herbert Mead, Jakop Moreno gibi klasik rol kuramcıları cinsiyetler arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri analiz etmeye çalışmışlardır. Bu bağlamda kadın ve erkekler arasında davranış farklılıklarının sosyal rollerinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir (Eagly vd., 2012: 125). Toplumlarda kadın ve erkekler arasındaki rol farklılıkları onların davranışları ve cinsiyetler arası iş bölümü üzerinde etkili olabilmektedir.

Sosyal rol kuramına göre toplumlarda kadınlardan yardımsever, özverili, çevresi ile ilgili ve duygusal olmaları beklenmektedir. Bu nedenle kadınlar çocuk bakımı, ev işleri gibi evle ilgili işlerle daha çok ilgilenmektedirler. Erkeklerden ise bağımsız, yönetici, sert olmaları beklenmektedir. Böylelikle erkekler kamusal alanda ücret getirici işlerle daha çok ilgilidirler (Helgeson, 2017; Woods ve Rhodes, 1992). Sosyal roller kişilerin sadece ilgilendiği işleri belirlememektedir, aynı zamanda gündelik yaşamlarındaki etkinliklerine de yön verebilmektedir (Gökdağ, 2011: 140).

Parsons ve Bales cinsiyet rollerini fonksiyonalist bir şekilde analiz etmişlerdir. Parsons ve Bales erkeklerde araçsal, kadınların ifade alanlarında daha başarılı olduklarını dile getirmişlerdir. Onlara göre erkekler kadınlara göre daha başarı odaklıdır. Oysa kadınlar erkeklere göre daha çok sosyal ağ odaklıdır. Ayrıca birçok toplumda kadınlar erkeklere göre güçsüz konumdadır, statü olarak düşük pozisyonudadır ve imkânları daha kısıtlıdır (Akt. Eagly vd., 2012: 124, 125).

Sosyal rol kuramı cinsiyet farklılıklarına yol açan biyolojik özelliklerin önemini görmezden gelmemektedir. Erkeğin kadına göre daha iri ve güçlü olması, kadının çocuk doğurması ve bebeğini emzirmesi önemlidir. Çünkü bütün bunlar kültürel inançlar, sosyal kurumlar ve ekonominin talebine bağlı olarak toplum içindeki iş bölümünü ortaya çıkarmaktadır (Dökmen, 2010: 84; Helgeson, 2017).

Toplum içinde kadın ve erkeklerin rolleri sosyal, ekonomik, teknolojik ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Bu nedenle endüstrinin ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte kadın ve erkek rollerinin birbirlerine benzer hale geldiği söylenebilir (Eagly, 2002). Çünkü teknolojinin gelişmesi ile kas gücünden ziyade teknik bilgi daha çok kullanılabilir hale gelmiştir. Böyle bir durumda erkek ve kadınlar benzer iş kollarında çalışmaya başlamışlardır.

Sosyal rol kuramı toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini açıklamak için de kullanılmaktadır. Bu teoriye göre kadınlar ve erkekler arasında sosyal rollerden kaynaklanan bir takım farklılıklar bulunabilmektedir. Sosyal roller kadın ve erkeklerin hastalıkları algılama biçimlerini, kaynaklara ulaşımını, hastalıklarla baş etme süreçlerini, sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeylerini etkileyebilmektedir (Walsh vd., 1995:136).

Toplumsal cinsiyet ile sağlık ilişkisini ele alan çalışmalarda sosyal rollere ilişkin dört çeşit yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan ilkinde göre kadınlar erkeklere oranla daha çok role sahiptirler. Kadınların toplumsal yaşamda daha çok sahip olmaları onların strese maruz kalmalarına ve gerilmelerine neden olabilmektedir. İkinci olarak kadınlarla erkekler toplumda farklı iş kollarında çalışmaktadırlar. Dolayısıyla risk faktörleri birbirinden farklı olabilmektedir. Üçüncü olarak özellikle sosyal psikolojik çalışmalarda kadınsı ve erkeksi cinsiyet rollerine önem verilmektedir. Kadınsı ve erkeksi roller kişilerin sağlıklı ya da hasta olmalarını beraberinde getirebilmektedir (Walsh vd., 1995:136). Sosyal rol kuramının geliştirdiği bu dört yaklaşım toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini anlayabilmek açısından son derece önemlidir.

Hastalık deneyimleri ile cinsiyet arasında ilişki bulunmaktadır. Sosyal rol kuramına göre kadınlara atfedilen kadınsılık rolü kadınların daha çok hastalanmalarına neden olabilmektedir. Kadınların erkeklere göre daha çok sosyal rollerinin bulunması, hastalık rolünü sergilemelerini beraberinde getirebilmektedir. Kadınların sosyal ve biyolojik rolleri onların daha stresli olmaları sonucunu ortaya çıkarabilmektedir. Kadınsılık rolleri kimi zaman çeşitli sınırlandırmalara ve engellemelere neden olabilmektedir. Bu nedenle depresyon kadınlarda daha yaygın bir şekilde görülebilmektedir (Fothergill, 2003: 103).

Günümüzde bazı hastalıkların temelinde yatan en önemli sebeplerden biri strestir. Yüksek stres seviyesine sahip olan kişiler çeşitli bedensel ve ruhsal hastalıklara maruz kalabilmektedirler. Sosyal rol teorisine göre kadınlar erkeklerden çok daha fazla role sahiptir. Bu nedenle kadınlarda strese bağlı hastalıklara erkeklere göre daha çok yakalanmaları söz konusu olabilmektedir.

Erkeklerin kadınlara oranla yüksek statüde bulunmaları, daha çok eğitim almaları, çalıştıkları işlerde daha yüksek ücret almaları, zamanlarının çoğunu işte geçirmeleri, daha az ev içi yapmaları ve çocuğa bakmaları da sağlık düzeylerini etkileyebilmektedir (Eagly, 2002:1075; Walsh vd., 1995:138). Genel olarak söylemek gerekirse statü, gelir, eğitim düzeyi gibi unsurlar sağlık ve hastalık düzeyi üzerinde etkiye sahip olabilmektedir. Örneğin gelir düzeyi yüksek olan kişiler daha iyi

beslenebilmekte, giyinebilmekte, sağlıklı evlerde yaşamakta, hastalandığında sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. Eğitim düzeyi yüksek olan kişiler sağlık bilgisine daha çok sahip olmakta, iyi işlerde ve iyi koşullarda çalışmaktadırlar. Bu nedenle sosyoekonomik düzey olarak daha iyi konumda olan erkeklerin kadınlara göre daha sağlıklı oldukları ifade edilebilir. Ayrıca kadınların evde daha çok vakit geçirmeleri, monoton bir yaşam sürmeleri, çocukların bakımını tek başına üstlenmeleri onların sağlık düzeylerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Toplumlarda kadın ve erkekler genellikle farklı iş kollarında çalışmaktadırlar. Kadınlar erkeklere göre daha güvenli işlerde çalışırken, erkekler tehlikeli işlerde çalışabilmektedirler. Bu nedenle erkekler kanserojen maddelere ve iş kazalarına maruz kalarak sağlıklarını kaybedebilmektedirler (Walsh vd., 1995:138). Dolayısıyla erkek ve kadınların sahip oldukları mesleklerin onların sağlık düzeyini etkilediği söylenebilir. Ancak kadınların ev içi işleri daha çok yürütmeleri de ev işlerine bağlı kazalara, yaralanmalara ve hastalıklara davetiye çıkarabilmektedir.

Toplumsal cinsiyet ile psikolojik durum arasında ilişki bulunmaktadır. Kadınlar erkeklere oranla depresyon, mutsuzluk, genel memnuniyetsizlik, cesaretsizlik, hoşnutsuzluk gibi durumlar daha çok gözlenmektedir. Bu durumun nedeni toplumsal inşa süreci ve medikalizasyondur. Sosyal rollerin kadınları sınırlandırması kadınlarda can sıkıntısına, değersizlik hissine, sosyal yalıtıma, cesaretsizliğe neden olabilmektedir. Ancak kadınların bu problemlerine rağmen sosyal ağları erkeklerden daha fazladır. Sosyal ağa sahip olmak sağlığı geliştirici unsurlardır. Sosyal ağa sahip olan kişiler hastalık ya da sağlık hakkında bilgi elde edebilmekte, hastalık belirtilerini erken dönemde fark edebilmekte, erken dönemde hekime başvurabilmekte, erken teşhis ve tedavi avantajından faydalanabilmektedirler (Walsh vd., 1995: 135, 140). Oysa erkekler kendi bedenlerini çok tanımamaktadırlar. Bu nedenle kimi zaman kendisinde var olan hastalık belirtilerinin farkına varamamakta, sağlık hizmetlerinden erken dönemde yararlanmamakta ve dolayısıyla kadınlara göre daha erken yaşta hayatlarını kaybedebilmektedirler.

Sosyal rol kuramı toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini anlayabilme konusunda oldukça önemlidir. Genel olarak söylemek gerekirse sosyal

rol kuramına göre kadın ve erkeklerin farklı düzeyde sosyoekonomik seviyeye sahip olmaları, sosyal rollerdeki farklılıklar, farklı mesleklere sahip olma, farklı düzeyde sosyal ağa sahip olma gibi faktörler sağlık statülerini, sağlık davranışlarını, riskli sağlık davranışlarını, sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmetlerini kullanma düzeylerini etkileyebilmektedir.

3.3. Biyomedikal Yaklaşım

Sağlık ve hastalığın temellerini anlamak için başvurulan yaklaşımlardan birisi de biyomedikal yaklaşımdır. Modern Batı tıbbının biyomedikal modele dayandığı ifade edilebilir. Bu modele göre zihin ve beden ayrı şeylerdir. İnsan bedeni tamir edilebilen bir makineye benzetilmektedir. Bu anlamda fonksiyon bozukluğu olan organ hekim tarafından normal durumuna getirilebilir (Nettleton, 2006). Organın hekim tarafından normal hale getirilmesi ilaçlarla, cerrahi operasyonla ya da daha farklı uygulamalarla sağlanabilmektedir.

Biyomedikal model mikrop teorisine bağlı olarak geliştirilmiştir. Bu model özellikle enfeksiyon hastalıklarının mikrobiyoloji, biyokimya gibi çeşitli tetkikler ya da çeşitli teknolojik aletler kullanarak teşhis ve tedavi edilebileceği düşüncesindedir (Cockerham, 2007). Bu nedenle biyomedikal modele göre bir hastalıktan bahsetmek için kanıtı ihtiyaç duyulduğu ifade edilebilir. Hastalık belirtisi gösterdiği düşünülen hasta, çeşitli testlerden geçirilir. Testlerde bir anormallik görüldüğünde kişinin hasta olduğu söylenebilir. Ancak bu noktada tıp biliminin gelişmişlik düzeyi de oldukça önemlidir. Çünkü herhangi bir hastalığı gün yüzüne çıkaracak test ve uygulamaların bilinmiyor, kullanılmıyor ya da geliştirilmemiş olması hastalığın yokluğu anlamına gelebilir.

Cinsiyetler arasındaki hastalık türü, sağlık ve hastalık düzeyi, iki cinsiyetin ortalama yaşam süresi gibi farklılıkları açıklayan yaklaşımlardan biri de biyomedikal yaklaşımdır. Biyomedikal yaklaşım cinsiyetle ilgili meseleleri biyoloji temelinde ele almaktadır. Biyomedikal yaklaşımda kadın ve erkek arasındaki ayrımın kökeninde fiziksel ve anatomik farklılıklar olduğuna işaret edilmektedir (McCrea, 2003: 189). Sağlık alanında cinsiyet ile ilgili yapılan ilk çalışmalar daha çok biyomedikal yaklaşıma uygun olarak yapılmıştır. Bu çalışmalarda kadın ve erkek arasındaki

farklılıklar genetik, metabolik, hormonal faktörler ışığında açıklanmaya çalışılmıştır (Doyal, 2008: 429; Oakley, 2005).

Bu yaklaşıma göre cinsiyet farklılıkları ile biyolojik etmenler arasında ilişki bulunmaktadır. Örneğin boy uzunluğu, kas gelişimi, çocuk doğurma gibi çeşitli konularda erkekler ile kadınlar arasında farklılıklar bulunmaktadır. Cinsiyet hormonları bireyler daha cenin halindeyken etkili olmaya başlamakta ve bu etki yaşam boyunca sürmektedir. Biyolojik açıklamalara yönelimli bilim insanları erkeklerde kadınlara göre daha yaygın olarak görülen fiziksel şiddet ya da toplumsal baskınlık gibi eğilimlerin evrenselliğine dikkat çekerek, bu konuda biyolojik bir öz aramaktadırlar (Gökdağ, 2011: 138).

Biyomedikal yaklaşım erkeklik ve kadınlığı üreme sistemindeki farklılıklarla bağlantılı olarak analiz etmektedir. Bu görüşe göre üreme biyolojisi erkeklere göre kadınları doğum, hamilelik gibi cinsel spesifik risklere maruz bırakmaktadır (Doyal, 2008: 429). Geçmişte olduğu gibi günümüzde de gebelik, doğum gibi faktörler kadınların sağlıkları üzerinde çeşitli etkilere sahip olabilmektedir.

Bu yaklaşıma göre kadınlar erkeklere oranla sağlık açısından daha avantajlı konumdadır. Çünkü kadınların salgıladığı hormonlar daha uzun süre yaşamalarına neden olmaktadır. Yine gebelik ve çocuk doğurma gibi faktörler kadınların psikolojik durumlarını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu tür biyolojik avantajlar genel olarak kadınları menopoza döneminden önce koroner kalp hastalıklarından da koruyabilmektedir (Bird ve Rieker, 2008: 39).

Biyomedikal yaklaşıma göre hastalıkların nedeni biyolojik yapıdan kaynaklanmaktadır. Ancak sadece biyolojiyi hastalık nedeni olarak göstermek eksikliğe neden olabilmektedir. Çünkü sağlık ve hastalığın sosyal ve psikolojik kökenleri de bulunmaktadır (Nettleton, 2006). Aynı zamanda beslenme, su ve çevre sağlığı, hijyen de kişilerin hastalanmalarına neden olabilmektedir (Cockerham, 2007). Bu nedenle biyomedikal yaklaşımın sağlık ve hastalığı açıklama konusunda indirgemeci bir anlayışa sahip olduğu söylenebilir.

Cinsiyetin sağlık ve hastalıklar üzerindeki etkisini açıklamak için biyomedikal model oldukça önemlidir. Çünkü bazı hastalıkların temelinde biyolojik, anatomik ve fizyolojik farklılıklar yatmaktadır. Kadın ve erkekleri birbirinden ayıran biyolojik yapıları onların farklı hastalıklara sahip olmalarına yol açabilmektedir. Örneğin kadın ve erkeklerin farklı cinsiyet organlarına sahip olmaları farklı türlerde hastalıklara yakalanmalarına neden olabilmektedir. Ya da adet veya doğum gibi nedenlerle kadınlar kansızlık problemi ile daha fazla karşı karşıya gelebilmektedirler.

Biyolojik farklılığın cinsiyetler üzerindeki etkisi kaçınılmazdır. Ancak sağlık ve hastalığın tek nedeni biyoloji değildir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı, riskli sağlık davranışı, sağlık hizmetlerinden faydalanma gibi pek çok faktör kişilerin sağlık ve hastalık düzeylerini etkileyebilmektedir. Bu tür faktörler ise sosyal ve psikolojik temellere dayanabilmektedir.

Biyomedikal modelde hastalıkların bir tahlile ya da teste bağlanması, tahlile ve teste dayanmayan hastalıkları açıklama açısından problem niteliği taşıyabilmektedir. Test ve tahlil olmayan hastalıklarda kişilerin beyanları oldukça önemlidir. Eğer kişiler yanlış ya da eksik beyan veriyorsa, kendi bedenini ve belirtileri tanımlayamıyorsa hekimin içi zorlaşabilmektedir. Böyle bir durumda kimi zaman yanlış tedavi süreçlerine girmek kaçınılmaz olabilmektedir.

3.4. Feminist Yaklaşım

Cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkileri hakkında görüş beyan eden yaklaşımlardan biri de feminist yaklaşımdır. Feministler cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini ele alan çalışmalara imza atmışlardır. Ancak yaptıkları ilk çalışmalar genel olarak kadınlar üzerinedir.

Feminist araştırmacılar erkek ve kadınların arasındaki farklılıkların doğuştan mı yoksa toplumsal özelliklerden mi kaynaklandığı sorusunu gündeme getirmişlerdir. Erkeklerin genel olarak politikacı, kamyon şoförü, güreşçi ya da asker olmaları, kadınların ise ebe, hemşire, ğretmen ve terzi olmaları; erkeklerin kavgacı, aktif, saldırgan ve rasyonel olmaları; kadınların çocukları seven, merhametli, yardımsever ve duygusal olmaları doğuştan mı yoksa toplumsal özellikler mi kaynaklanıp kaynaklanmadığı konusunda fikir üretmektedirler. Erkeklerin kamusal alanda,

kadınlarınsa özel alanlarda bulunmalarının kaynağının ne olduğu da feministlerin ilgilendiği konular arasındadır (Ecevit, 2011: 4).

Feminist yaklaşım genel olarak cinsiyetler arasındaki eşitsizliğini sorgulamakta ve eşitsizliğin temelinde “doğal” olan özellikler bulunduğu fikrini savunanlara karşı çıkmaktadır (Ecevit, 2011: 5). Feminist araştırmacılar pek çok konuda çalışma yapmaktadırlar. Bu konulardan biri de hastalık ve sağlıktır. Bu anlamda feminist yaklaşımın sağlık sosyolojisine önemli katkılarda bulunduğu ifade edilebilir.

Genel olarak feminist sağlık sosyologları tıp ve ataerkilliğin kadınlar üzerinde kontrol gücüne sahip olduğunu dile getirmektedirler. Onlara göre erkek egemen bir sağlık sistemi söz konusudur ve bu sağlık sisteminde kadınlar hasta olarak inşa edilmektedirler. Ayrıca var olan ilaç endüstrisi de kar elde edebilmek için kadınların gündelik hayatındaki normal durumlarını hastalık belirtisi olarak kabul ederek bu yönde ilaç üretmektedir (Browne, 2006: 148; Riska, 2004: 11). Örneğin kadınların biyolojilerine özgü menstruasyon, menopoz gibi durumlar hastalık olarak nitelendirilmektedir. Feministler kadınların hastalıklarına odaklanan jinekoloji biliminin ortaya çıkışı ile birçok kadın hastalığının ortaya çıkarıldığını dile getirmişlerdir (White, 2009: 132).

Feministler kadınların hasta olarak inşa edilme sürecini cinsiyet ayrımı yapan ideolojik düşünce ile açıklamaktadırlar. Bu düşünceye göre kadın bedeni patolojik, zihni ise pasif ve duygusal olarak kabul edilmektedir (Browne, 2006: 148; Riska, 2004: 11). Onlara göre kadınların boyun eğici, pasif ve bağımlı kadınsı özellikleri üzerinden söz konusu kontrol süreci devam ettirilmektedir (White, 2009: 132).

Ataerkil tıpta kadın bedeni hastalıklı, zayıf ve dayanıksız olarak inşa edilirken, erkek bedeni sağlıklı, dayanıklı ve güçlü olarak inşa edilmektedir (White, 2009: 133). Kadınların hastalıklı, erkeklerin sağlıklı olarak inşa edilmelerinde tek faktör ataerkil tıp veya biyolojileri değildir. Feminist kurama göre kadınlar erkek egemen toplum tarafından hasta olarak inşa edilmekte ve bedensel olarak düzenlenmektedirler (Annandale ve Clark, 1996: 19; Cockerham ve Scambler, 2010: 18).

Feminist kuram erkeklerin ataerkillikle bağlantılı olarak ayrıcalıklı konumda bulunduklarını dile getirmektedir. Erkek bedeninin standartları ve çeşitli karakteristik özellikleri bulunmaktadır. Bunlar sağlıklı olma, düzen ve akıl ile ilişkilidir. Ancak kadın bedeni hastalık, kontrolsüzlük, eksiklikle ve mantıksal olmayan sezgisel eylemlerle ilişkilidir (Annandale ve Clark, 1996: 19). Bu nedenle kadınlar bir yandan hasta olarak inşa edilirken, diğer yandan profesyonel sağlık hizmetlerinden dışlanmışlardır.

Feminist teori toplumsal organizasyonlarda kadın ve erkek arasında bir eşitsizlik bulunduğunu dile getirmektedir. Söz konusu eşitsizlik çeşitli alanlarda ortaya çıkmaktadır. Bu eşitsizliklerden biri de sağlık hizmeti alanında görülmektedir. Feminist yaklaşım medikal uzmanlık alanında hemşirelik mesleğinin statüsü üzerine odaklanmıştır. Bu yaklaşıma göre kadınların sağlık hizmetlerindeki konumlarında sosyal ve kültürel etmenler bulunmaktadır (Riska, 2001). Bir başka deyişle kadınların hemşirelik mesleğini erkeklere göre daha çok tercih etmelerinde ve sağlık hizmetlerinde daha çok yer almalarında kültürel ve toplumsal faktörler oldukça önemlidir.

Feminist sağlık sosyologlarının hasta-hekim ilişkileri üzerinde de çeşitli görüşleri bulunmaktadır. Çatışmacı ve sembolik etkileşimci kuramlardan etkilenen feminist sağlık sosyologları erkek hekimlerin kendileri ile eşit konumda olan kadın hekimlere göre, kadın hastalar üzerinde daha çok cinsiyetçi davranışlar sergilediklerini ifade etmektedirler (Cockerham ve Scambler, 2010: 18). Hekim ve hasta arasındaki ilişki tarzı hastaların kadın olarak inşa edilmesine neden olabilmektedir.

Feminizm çatısı altında çeşitli feminist kuramlar bulunmaktadır. Bu anlamda liberal, Marksist, radikal ve postmodern feminist kuramlardan bahsedilebilir. Söz konusu feminist teoriler toplumsal cinsiyet ile sağlık ve hastalık ilişkisini farklı şekillerde ele almaktadırlar.

Liberal feminist kuram erkek ve kadınların rasyonel düşünme ve rasyonel eylem kapasitelerinin eşit olduğu için kadın ve erkek arasında fark olmadığını kabul etmektedir. Bu sebeple kadınlar erkeklerin yaptığı her şeyi yapmalı ve sahip oldukları her şeye sahip olmalıdırlar. Liberal feministlere göre erkek ve kadın cinsleri birbirleri

ile savaş halinde değildir. Dolayısıyla erkeklerin ellerinde ne varsa onlardan vazgeçmeleri gerekmemektedir. Onların vurguladığı nokta erkeklerle ilişkilendirilen hak ve fırsatlardan kadınların da yararlanmasıdır (Donovan, 2009: 16; Ecevit, 2011: 13).

Liberal feministler biyolojik cinsiyet ile toplumsal cinsiyet arasında içsel bir ilişki bulunduğunu ifade etmektedirler. Liberal feministler iyi bir sağlık ile ilişkilendirilen erkek deneyimlerine ve rollerine kadınların nasıl erişeceği ile ilgilenmektedirler (Annandale ve Clark, 1996: 20). Ayrıca liberal feministler kadınların tıbbi katılımlardaki eşitsizlikler üzerinde durmuşlardır. Onlara göre kadın doktorların daha çok çocuk ve psikiyatri uzmanlıklarını tercih etmektedirler. Ki bu alanlar genellikle bakım ve beslenme ile ilişkilidir. Birçok kadın doktor uzmanlık eğitimi almamaktadırlar ve erkek doktorlara oranla daha çok yarım zamanlı, iş yükü az olan ve düşük ücretli işlerde çalışmaktadırlar. Liberal feministlere göre bu durumun nedeni tıpta ataerkillik sisteminin devam etmesidir (White, 2009:140).

Radikal feminist kurama göre kadınlar toplum tarafından ezilmektedir ve bu ezilmenin nedeni ataerkilliktir. Ataerkillik sosyal ve kültürel hayatın her boyutunda var olan erkek egemenliği olarak tanımlanabilir. Ataerkillik sistemde erkekler üstün konuma yerleştirilirken kadınlar ikincil bir pozisyona itilmektedirler. Radikal feministler toplumda kadınların ezilmelerini biyolojileri ile ilişkilendirmektedirler (Ecevit, 2011: 14-15; Larkin, 2011: 20). Bu kurama göre kadınların kendisine baskı uygulayan erkeklere karşı mücadele eden bir harekete yönelmeleri gerekmektedir (Donovan, 2009: 268).

Radikal feministler biyoloji, toplumsal cinsiyet (kadınsılık, erkeksilik) ve cinselliğin kadınların karşılaştığı baskıların kaynağı olarak görmektedirler. Kadınların üreme ve doğurganlık yetenekleri erkekler tarafından kontrol edilmeye çalışılmaktadır (White, 2009: 140). Üremenin kadınların seçimine bırakılması gerektiğini ileri süren radikal feministler kürtaj hakkı, istenmeyen gebeliklerin kontrolü ve yeni üreme teknikleri gibi konuları gündeme getirmişlerdir (Cooke, 2008; Ecevit, 2011: 14-15; Larkin, 2011: 20).

Marksist feminist kuram toplumda kadınlarının ezilme nedenlerini üretim biçimlerine ve kapitalizme bağlamaktadır. Marksist feministlere göre kadınların durumu sınıf mücadelesinin ve ekonomik faaliyetlerin bir yan ürünü olarak ele alınmalıdır. Çağdaş dünyanın tanımlayıcı özelliği kapitalizmdir ve kapitalist sistem içerisinde kadınlar ezilmektedirler (Ecevit, 2011: 16). Kapitalist sistem içerisinde erkeklerin zenginlikleri kadınların yaptığı ev işlerinden çok daha önemlidir. Bu nedenle zaman içerisinde zenginlik arttıkça erkeklerin konumları kadınların konumlarından önemli hale gelmiştir (Donovan, 2009: 144).

Marksist feministlere göre kapitalizm ve ataerkillik kadınların sağlıkları üzerinde etkilidir. Kadınlar toplumda doğal bakım vericiler olarak görülmektedirler. Marksist feministler kadınların toplumda bakım verici olmalarının nedenini kapitalizme ve ataerkilliğe bağlamaktadır (White, 2009: 141).

Postmodern feminist yaklaşım Batı düşüncesinde var olan doğru-yanlış, kamusal-özel alan gibi ikililikleri reddetmektedir. Postmodernist feministlere göre cinsiyet ile ilgili sınıflandırmalar değişmez ve kaçınılmaz olarak görülen biyolojinin bir sonucu değildir, aksine toplumsal olarak üretilmektedirler. Dolayısıyla bu yaklaşım cinsiyet ile toplumsal cinsiyet ayrımını da reddetmektedir. Postmodern düşünceye göre cinsiyeti de toplumsal cinsiyeti de ortaya koyan toplumdur (Ecevit, 2011: 22-23; Scambler, 2000: 10). Yine postmodern feminist kuram erkek- kadın, hasta- sağlıklı gibi ikili kavramsallaştırmaların yok edilmesi gerektiğini dile getirmektedir. Çünkü bu tarz kavramlar kadınların hastalıklı, erkeklerin sağlıklı olarak eşleştirilmelerine yol açmaktadır (Annandale ve Clark, 2000).

Postmodern yaklaşımda hastalık kavramından çok tüketim ve sağlık kavramına doğru bir geçiş söz konusudur. Sağlıklı yaşama olağan ve istenen bir durum olmaktan çok gereklere uyulduğu zaman elde edilebilecek bir olasılık olarak kabul edilmektedir (Cirinlioğlu, 2010: 90). Bu nedenle postmodern feminist yaklaşımla egzersiz yapma, diyet, sigara ve alkol kullanma gibi sağlıkla ilgili konular gündeme getirilmiştir (Annandale ve Clark, 2000). Çünkü günümüzde sağlıklı yaşam biçimi davranışları göstermenin sağlıklı olmaya neden olacağına ilişkin kabul söz konusu olabilmektedir.

Görüldüğü üzere erkek ve kadınların sağlık ve hastalık düzeylerini açıklayan yaklaşımlardan biri feminist yaklaşımdır. Feminist yaklaşım toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini genel olarak cinsiyet rollerine, medikalizasyon sürecine bağlı olarak açıklanmaktadır. Feminist yaklaşımın cinsiyet ve toplumsal cinsiyet kavramları arasında ayrım yaparak, hastalık ve sağlığın sadece biyolojik temele indirgenmemesi yönünde açıklamalar yapması oldukça önemlidir. Çünkü bu konuda ilk araştırmayı yapanlar daha çok feministler olmuşlardır. Ancak feministlerin sadece kadın sağlığı konusunda görüş beyan etmeleri, erkek sağlığını göz arzı etmeleri eleştirilebilir.



BÖLÜM IV

METODOLOJİ

Günümüzde Türkiye de dâhil hemen hemen tüm toplumlarda kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta ve daha çok hastalığa sahip olmaktadır. Kadın ve erkekler arasındaki bu farklılık biyolojik, psikolojik ve toplumsal faktörlere göre açıklanabilmektedir. Toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerine etkisini ele alan çalışmalar az sayıdadır ve bu konuda yapılan çalışmalar daha çok kadın sağlığı üzerinedir.

Bu araştırma, ilişkisel tarama modelinde gerçekleştirilen betimsel bir çalışmadır. Araştırmanın amacı genel anlamda toplumsal cinsiyet ile sağlık ve hastalık arasındaki ilişkiler ortaya koymaya çalışmaktır. Bu nedenle çalışmada cinsiyet ile sağlık statüsü, hastalık davranışı, sağlığı koruyucu davranışları, riskli sağlık davranışları, sağlık hizmetlerinden faydalanma, beden algısı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında çeşitli karşılaştırmalar yapılmıştır.

4.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini Karaman kent merkezinde yaşayan kişilerden oluşmaktadır. Araştırma kent merkezinde yer alan ve farklı toplumsal tabakaların bulunduğu varsayılan Kırbağı (Alt), Larende (Alt), Çeltek (Orta), Fenari (Orta), Valide Sultan (Üst) ve Yunus Kent (Üst) mahalleleri seçilmiştir. Kırbağı mahallesinden 73, Larende mahallesinden 83, Çeltek mahallesinden 82, Fenari mahallesinden 78, Valide Sultan mahallesinden 76, Yunus Kent Mahallesinden 77 olmak üzere toplam 469 kişi örnekleme dâhil olmuştur. Veriler 2015 yılında Mayıs- Temmuz ayları içerisinde toplanmıştır. Örneklem, amaca yönelik örneklem tekniğine bağlı olarak tespit edilmiştir. Cinsiyet, eğitim, gelir gibi değişkenler arasında çok fark olmamasına dikkat edilmiştir.

4.2. Anket Soru Formunun Özellikleri

Araştırmada kullanılan anket formunda ilk olarak cinsiyet, medeni durum, hayatın en uzun süresinin geçirildiği yer, eğitim, meslek ve gelir düzeyi gibi demografik sorulara yer verilmiştir. Bu sorulardan yaş, meslek ve gelir düzeyi soruları açık uçlu sorulmuş, sonradan kategorileştirilmiştir.

Anket formunda demografik sorulardan sonra kişilere çeşitli sağlık problemlerinin bulunup bulunmadığı sorulmuştur. Bu soru grubunun ardından kişilere sağlık düzeyleri, meslek hastalıklarına maruz kalıp kalmadıkları, eğer meslek hastalığı riskleri varsa bu meslek hastalıklarının ismi ve kendilerini hastalıklara karşı dayanıklı hissedip hissetmedikleri sorulmuştur.

Anket formunda kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik veri elde etmek amacıyla Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilen (1996) “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılmıştır. Bu ölçek Bahar ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Bahar ve ark, 2008: 1).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme faktörleridir. Ancak çalışmada toplumsal cinsiyet ile ilgisi olmadığı düşünülen manevi gelişim alt boyutuyla ilgili sorular sorulmamıştır. Sağlık sorumluluğu (3,8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 38, 43), fiziksel aktivite (4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39), beslenme (2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42), kişilerarası ilişkiler (1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41), stres yönetimi (5,10, 15, 20, 25, 30, 35, 40) numaralı sorularda sorulmaktadır. Ölçeğin genel puanı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme dördümlük likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir (Bahar ve ark., 2008: 2).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinde yer alan maddelere yönelik olarak altı uzman değerlendirme puanları Kendall W analizi ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmede uzman puanlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı (Kendall W=0,188; p=0,246), uzmanlar arasında uyum olduğu gözlemlenmiştir. Ölçekte yer alan 52 madde için madde analizi ve iç tutarlılık Cronbach Alpha güvenirlik analizi yapılmıştır. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları 0.30 ile 0.59 arasında değişmekte olup, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır (p<0.001). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach Alpha değeri ise 0.92’dir. Sonuç olarak Walker tarafından geliştirilen ve orijinal adı İngilizce olan “Sağlıklı Yaşam Biçimi

Davranışları Ölçeği II” nin geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu nedenle ölçeğin Türk toplumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesinde kullanılması uygun görülmüştür (Bahar ve ark., 2008: 5,9). Araştırmada uygulanan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’nin üzerinde analiz yapılmış ve Cronbach Alpha değeri 0.906 olarak tespit edilmiştir. Bu nedenle ölçeğin güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğu ifade edilebilir.

“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II” ölçeğinin ardından kişilere ilaç kullanımları, hissettikleri çeşitli duygularını ifade edip edemedikleri, ruhsal sıkıntıları olduğunda bunu ifade edip etmedikleri, ruhsal sıkıntılarında dolayı hekime başvurup başvurmadıkları, sağlıklı yaşamak ya da güzel görünmek için diyet yapip yapmadıkları, dişlerini düzenli olarak fırçalayıp fırçalamadıkları, hastalandıklarında istirahat etme düzeyleri ve hastalandıklarında bu durumu kabul etme düzeyleri sorulmuştur.

Anket formunda bulunan bir grup soruya ise evet ya da hayır şeklinde cevap verilmesi istenmiştir. Bu sorular trafik kazası geçirme, ev kazası geçirme, yaralanma ya da hastaneye gitme ile sonuçlanan bir kavganın içinde bulunma, intihar etmeyi düşünme ya da intihar girişiminde bulunma, doktor önerisi olmadan uyuşturucu ilaç kullanma, beden şekillendirmek adına doktor önerisi olmadan ilaç vb. kullanımına ilişkindir. Yine bu kısımda kişilere bedenlerinden ve kilolarından memnun olup olmadıkları ve sağlıkları hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olup olmadıkları sorulmuştur.

Anket formunda kişilere yöneltilen diğer sorular ise araba kullanırken emniyet kemeri kullanıp kullanmadıkları, sigara, alkol gibi sağlığa zararlı maddeler kullanıp kullanmadıkları, aile içinde şiddet olup olmadığı, şiddet varsa şiddeti uygulayan ve şiddetin uygulandığı kişilerin cinsiyetleri, sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyleri, sosyal güvencelerinin olup olmadığı, sağlık hizmetlerini uygulayıcısı konumunda olan hekim ve hemşireler için cinsiyet tercihleri hususundadır.

Anket soruları hazırlandığında ilk olarak uzman görüşüne başvurulmuş ve uzman öğretim üyelerinin görüşleri doğrultusunda anket soruları düzeltilmiştir. Düzeltilmiş anket sorularıyla pilot araştırma yapılmış ve bazı sorular üzerinde

düzeltilmeler yapılmıştır. Toplamda 490 civarında anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ancak değerlendirmeye uygun olmayan anketler elenerek, toplam 469 anket formu çalışma kapsamına alınmıştır. Anketlerin veri girişleri ve verilerin analizleri SPSS 15.0 bilgisayar programında yapılmıştır.

4.3. Araştırmada Kullanılan İstatistikî Teknikler

Araştırmada ilk olarak kişilerin demografik özellikleri ile ilgili olarak frekans tabloları kullanılmıştır. Yaş, gelir, sigara ve alkolü ilk kez kullanma yaşı ile ilgili sorular açık uçlu olarak sorulmuştur. Yaş ve gelir sorularına verilen cevaplar sonradan kategorikleştirilerek frekans tablosunda sunulmuştur.

Araştırmada kişilerin cinsiyeti ile sağlık statüsü, sağlık davranışı, riskli sağlık davranışı, hastalık davranışı, sağlık hizmetlerinden faydalanma arasında bir ilişkinin var olup olmadığını anlamaya yönelik olarak ki kare analizi yapılmıştır. Ki kare analizi kadın ve erkekler arasında çeşitli karşılaştırmaların yapılmasını olanaklı kılmıştır.

Çalışmada kullanılan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” den elde edilen verilerin analizinde t-testi, korelasyon ve tek değişkenli varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır

Verilerin analizinde kullanılan t-testi iki bağımsız ölçümle elde edilmiş, iki ayrı ortalama arasındaki farkın tesadüflere bağlanma ihtimallerini ve bu farkın anlamlı olup olmadığını gösteren bir analizdir. Bu test 30’dan az sayıda gözlemden oluşmuş dağılımlar arasındaki bağlantının denenmesi için kullanılmaktadır. Genellikle 0.01, 0.05 ve 0.1 önem derecesi dikkate alınmaktadır (Baloğlu, 2009: 117).

Korelasyon analizi hem bağımsız değişkenler arasında hem de bağımsız değişkenlerle bağımlı değişkenler arasında var olduğu bilinen ilişki gücünü ve yönünü gösteren bir analiz tekniğidir. Korelasyon analizi tek ve çok değişkenli olarak hesaplanabilmektedir. Hesaplanan korelasyon katsayısının anlamlı olması için en azından %30’dan farklı olması gerekmektedir. %50’ den büyük olursa değişkenler arasındaki ilişkinin nispeten güçlü olduğu söylenebilir. +1 ile -1 arasında bir değer aldığı için bu değerlere yaklaştıkça ilişkinin gücü artmaktadır (İslamoğlu, 2011: 259).

Varyans analizi (ANOVA) bir bağımlı değişken iki bağımsız değişkene bağlı olarak değiştiği kabul edildiği durumlarda uygulanan analiz şeklidir. Bu analiz iki bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde gerçekte etkili olup olmadığını anlamak için uygulanmaktadır (İslamoğlu, 2011: 227)



BÖLÜM V

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmada bulgular ve tartışmalar sekiz bölümde ele alınmaktadır. Araştırmanın ilk bulguları sosyoekonomik ve demografik verilere ilişkindir. Bu bağlamda katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, hayatın en uzun döneminin geçirildiği yerleşim birimi, eğitim düzeyi dağılımı, gelir dağılımı ve meslek dağılımı değişkenlerine ilişkin bulgularına yer verilmiştir.

Araştırmaya dair ikinci gruptaki bulgular sağlık statüsü ile ilişkilidir. Bu bölümde çeşitli bedensel ve ruhsal hastalıkların erkek ve kadınlarda bulunma oranları, erkek ve kadınların sağlıklarını değerlendirme biçimleri ile kadın ve erkeklerde meslek hastalığı riski ilişkisini gösteren tablolara yer verilmiştir.

Üçüncü grupta ele alınan bulgular cinsiyet ile hastalık davranışı ilişkisine dairdir. Bu kısımda kadın ve erkekler arasında hastalıklara karşı dayanıklı olduğunu hissetme, ilaç kullanma, hastalığa verilen tepkiler ve hastalık durumunda alternatif tıp kullanma bakımından bir karşılaştırma yapılmış ve elde edilen bulgular tabloleştirilmiştir.

Araştırmanın dördüncü gruptaki bulgular ise sağlığı koruyucu davranışlar üzerinedir. Bu bağlamda sağlıklı yaşamak için diyet yapma, dişlerini fırçalama, sağlığı hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olma konularında kadın ve erkekler arasında karşılaştırmalar yapılmıştır.

Beşinci gruptaki bulgular cinsiyet ve riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkileri ortaya koymaya yöneliktir. Bu bağlamda ilk olarak intihar etmeyi düşünme, intihar girişiminde bulunma, uyuşturucu madde kullanma, hekim önerisi olmadan zayıflama ilacı, protein tozu gibi ilaçlar kullanma, kavga sonucunda yaralanma, ev kazası geçirme ve trafik kazası geçirmeye dair bulgular bir tabloda toplanmıştır. Ayrıca bu kısımda kadınlar ve erkekler arasında emniyet kemeri kullanma, sigara ve alkol kullanma, ilk kez sigara ve alkol kullanma yaşı gibi faktörlerin karşılaştırıldığı tablolara yer verilmiştir.

Altıncı gruptaki bulgular sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bakım vericilik ilişkisine yöneliktir. Bu bölümde örnekleme dâhil olan kadın ve erkekler arasında hastalık durumunda sağlık kuruluşuna gitme zamanı, bedende rahatsızlık hissedildiğinde ilk olarak ne yapıldığı, sağlık kuruluşuna giderken başkasından izin alma durumu, sağlık kontrolü yaptıрма, dış hekimine gitme, sağlık giderlerini karşılayan kurum bakımından farklılaşmanın olup olmadığına yönelik bulgulara yer verilmiştir. Ayrıca bu bölümde hastalık durumunda kişilere evde en iyi bakım hizmeti verecek kişinin cinsiyetine dair tabloya da yer verilmiştir.

Araştırmanın yedinci grubundaki araştırma bulguları cinsiyet ve beden algısı arasındaki ilişki üzerinedir. Bu bağlamda erkek ve kadınlar arasında bedeninden ve kilodan memnun olma durumu arasında karşılaştırma yapılmıştır.

Araştırmada son grubunda ele alınan bulgular ise sağlıklı yaşam biçimi ölçeğinden elde edilen verilere ait bulgulardan oluşmaktadır. Bu bölümde cinsiyet, gelir, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir ilişkinin olup olmadığına yönelik tablolara ve tablo yorumlarına yer verilmiştir.

5.1. Sosyo-Ekonomik ve Demografik Değişkenler

Değişkenler		Sayı (N=469)	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	241	51,4
	Kadın	228	48,6
Yaş	18-29	142	30,3
	30-39	105	22,4
	40-49	80	17,1
	50 +	142	30,3
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	116	24,7
	Evli	301	64,2
	Boşanmış	20	4,3
	Eşi Ölmüş	32	6,8
Hayatın En Uzun Döneminin Geçtiği Yerleşim Birimi	Büyükşehir	42	9
	Şehir	291	62
	İlçe	56	11,9
	Kasaba	24	5,1
	Köy	52	11,1
	Yurt Dışı	4	0,9
Eğitim Düzeyi	Okur Yazar Değil	22	4,7
	Sadece Okuryazar	16	3,4
	İlkokul Mezunu	127	27,1
	Ortaokul Mezunu	72	15,4
	Lise ve Dengi Mezunu	109	23,2
	Üniversite Mezunu	108	23
	Lisansüstü Mezunu	15	3,2
Gelir Düzeyi	- - 750	47	10
	751-1500	193	41,2
	1501-2500	100	21,3
	2501-3500	33	7
	3501 ve +	47	10
	Cevapsız	49	10,4
Meslek	Esnaf	62	13,2
	İşsiz	1	1,3
	Memur	56	11,9
	Serbest Meslek	14	3
	Ev Hanımı	122	26
	İşçi	65	13,9
	Emekli	32	6,8
	Çiftçi	23	4,9
	Öğrenci	49	10,4
	Profesyonel (Doktor, Avukat, Akademisyen)	34	7,3
	Emlakçı, Muhasebeci	6	1,3

Tablo 5.1’de örnekleme dâhil olan deneklerin sosyoekonomik ve demografik bulgularına yer verilmiştir. Tabloda da görüleceği üzere araştırmaya katılan kişilerin %51,4’ü erkek, %48,6’sı kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmada toplumsal cinsiyetin

sağlık ve hastalık üzerindeki etkileri konu edilmektedir. Bu nedenle birbirine yakın erkek ve kadın oranı bulunması oldukça önemlidir.

Araştırmaya katılan kişilerin yaş dağılımına bakıldığında en yüksek oranın %30,3 ile 18-29 ve 50 yaş ve üzerindeki kişilerden oluştuğu görülmektedir. Bu yaş gruplarını 30-39 ve 40-49 yaş aralığında olanlar izlemektedir. Kişilerin yaşı sağlık ve hastalık düzeyini, sağlık kuruluşlarına başvurma düzeyini, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve riskli sağlık davranışlarını etkileyebilmektedir. Bu nedenle araştırmaya katılan kişilerin yaş dağılımı arasında büyük farklılıkların bulunmamasının son derece önemli olduğu ifade edilebilir.

Örnekleme katılan kişilerin medeni durum dağılımına bakıldığında en büyük oranın %64,2'lik pay ile evlilerden ve % 24,7'lik pay ile hiç evlenmemiş olanlardan oluştuğu görülmektedir. Evli ve hiç evlenmemiş olanları sırası ile eşi ölmüş ve boşanmış olanlar izlemektedir. Araştırmanın 18 yaşından üzerindeki kişilere uygulanması evli kişilerin oranının yüksek çıkmasına neden olmuştur. Toplumda bireylerin medeni durumları ile sağlıkları arasında bir ilişkinin var olduğu söylenebilir. Genel olarak evli kişiler bekâr kişilere oranla daha çok sağlıklıdırlar. Çünkü düzenli beslenme, düzenli bir hayat, sosyal desteğe sahip olma gibi avantajlara sahip olabilmektedirler. Aynı zamanda evliliğin annelik, babalık gibi rolleri beraberinde getirmesi kişilerin sağlıklarını korumalarına, sağlık ve hastalık hakkında daha bilgili olmalarına neden olabilmektedir.

Araştırmaya konu olan kişilerin şu ana kadar hayatlarının en büyük kısmını geçirdikleri yerleşim biriminin en yüksek oranla (%62) şehir olduğu görülmektedir. Bu yerleşim birimini sıra ile ilçede, köyde, büyükşehirde ve yurt dışında yaşayanlar izlemektedir. Örneklemin Karaman merkezde bulunan altı mahallede gerçekleştirilmesi, şehirde yaşayanların en fazla oranda bulunmasına yol açmıştır. Kişilerin yaşadıkları yerleşim birimi onların algıları, tutumları, aile yapıları, cinsiyetler arasındaki eşitsizlik, cinsiyet rolleri gibi pek çok faktör üzerinde etkili olabilmektedir. Bütün bu faktörler ise kişilerin sağlık statülerini, sağlık ve riskli sağlık davranışlarını, sağlık hizmetlerine erişim düzeyini etkileyebilmektedir.

Örneklemin eğitim düzeyi ile ilgili dağılımına bakıldığında en büyük oranın %27,1 ile ilkökul mezunu, %23,2 ile lise ve dengi mezunu, %23 ile üniversite mezunları tarafından oluştuğu görülmektedir. Söz konusu eğitim düzeylerini sırası ile

ortaokul mezunları, okuryazar olmayanlar, sadece okuryazar olanlar ve lisansüstü mezunu olanlar izlemektedir. Kişilerin eğitim düzeyi ile sağlık statüsü, sağlık ve riskli sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerini kullanma gibi faktörler arasında ilişki bulunmaktadır. Kişilerin eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık düzeyleri, sağlık hizmetlerini kullanma düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları artarken, riskli sağlık davranışları azalabilmektedir. Ayrıca eğitim düzeyinin yükselmesi, toplumsal cinsiyet eşitsizliğin azalmasına neden olabilmektedir. Cinsiyetler arasındaki eşitsizliğin azalması sonucunda da kadınların sağlık statüleri, sağlık hizmetlerine erişim düzeyi artabilmektedir. Bu nedenle örnekleme dâhil olan kişilerin eğitim düzeyi dağılımının ilkökul, lise ve üniversite mezuniyeti açısından birbirine yakın olması son derece önemlidir.

Araştırmada gelir düzeyi ile ilgili soru açık uçlu olarak sorulmuş, sonradan kategorileştirilmiştir. Bu soruya %10,4 oranla 49 kişi cevap vermemiştir. Cevapsız sorular analiz dışında tutulduğunda en büyük oranın %46 ile 751-1500 TL arasında geliri olanlar ve %23,8 ile 1501-2500 TL arasında geliri olanlar tarafından oluşturulduğu görülmektedir. Bu gelir aralıklarını sırası ile 750 TL ve altında geliri olanlarla 3501 TL ve üzerinde geliri olanlar ve 2501-3500 TL geliri olanlar izlemektedir. Gelir dağılımına genel olarak bakıldığında en yüksek düzeyin orta alt ve orta gelir grubunda oldukları ifade edilebilir. Kişilerin gelir düzeyi sosyal sınıflarını gösterebilmektedir. Sosyal sınıflarla sağlık ve hastalık arasında da bir ilişki söz konusudur. Genel olarak söylemek gerekirse üst sınıflara çıktıkça sağlık düzeyinin arttığı ifade edilebilir. Kişilerin gelir düzeyi ile sağlıkları arasında ilişki bulunabilmektedir. Çünkü geliri yüksek seviyede olan kişiler daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olmakta, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmakta, sağlıklı koşullarda yaşamlarını sürdürmekte, kültürel ve sosyal sermayeye daha çok sahip olabilmektedirler. Bütün bu faktörler ise kişileri daha sağlıklı yapabilmektedir.

Örnekleme dâhil olan deneklerin meslek dağılımına bakıldığında en büyük oranın % 26 ile ev hanımlarından oluştuğu görülmektedir. Ev hanımlarını %13,9 ile işçiler, %13,2 ile esnaflar, % 11,9 ile memurlar izlemektedir. Sonrasında sırası ile öğrenciler, serbest meslek sahipleri, profesyoneller, emekliler, çiftçiler, işsizler, emlakçılar, muhasebeciler örnekleme dâhil olmuşlardır. Toplumlarda kişilerin sahip oldukları meslekler onların toplumsal tabakasına dair bilgi verebilmektedir. Çünkü

meslek eğitim düzeyi, gelir düzeyi, saygınlık gibi pek çok faktörü etkileyebilmektedir. Kişilerin işsiz, memur, işçi ya da profesyonel bir mesleğe sahip olmaları onların hangi tabakada yer aldıklarını gösterebilmektedir. Üst tabakalara çıkıldıkça sağlık statüsü, sağlık hizmetlerinden faydalanma, sağlıklı yaşam biçimlerine sahip olma düzeyi yükselebilmektedir. Aynı zamanda kişilerin sahip oldukları meslekler onların meslek hastalıklarına ve iş kazalarına maruz kalmalarına neden olabilmektedir.

5.2. Cinsiyet ve Sağlık Statüsü İlişkisini Gösteren Bulgular

Sağlık statüsü, kişilerin sağlık bakımından hangi konumda olduklarını göstermektedir. Kişilerin sahip oldukları hastalıklar, sağlıklarını değerlendirme biçimleri ya da meslek hastalıkları gibi faktörlerin yanı sıra biyolojik cinsiyet ve toplumsal cinsiyet faktörleri de kişilerin sağlık statülerini etkileyebilmektedir. Toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık ile ilişkisinin ele alındığı bu çalışmada örnekleme dâhil olan kişilere çeşitli hastalıkların kendilerinde var olup olmadığı, meslek hastalığı riski taşıyıp taşımadıkları ve sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri sorulmuş ve elde edilen veriler ışığında cinsiyetler arasında bir karşılaştırma yapılmıştır.

Aşağıda sırası ile cinsiyet-sağlık problemleri ilişkisi, cinsiyet-sağlığı değerlendirme biçimi ilişkisi ve cinsiyet- meslek hastalığı riski ilişkisine ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 5.2.1 Cinsiyet- Sağlık Sorunları İlişkisi

Hastalıklar		Erkek			Kadın			Ki-Kare Testi		
		Var	Yok	Bilmiyorum	Var	Yok	Bilmiyorum	sd	X ²	p
Şeker Hastalığı	N %	28 11,6	205 85,1	8 3,3	27 11,8	189 82,9	12 5,3	2	1,108	0,575
Yüksek Tansiyon	N %	28 11,6	203 84,2	10 4,1	37 16,2	182 79,8	9 3,9	2	2,086	0,352
Yüksek Kolesterol	N %	37 15,4	192 79,7	12 5	28 12,3	190 83,3	10 4,4	2	1,079	0,583
Romatizma	N %	45 18,7	184 76,3	12 5	59 25,9	161 70,6	8 3,5	2	3,861	0,145
Kalp Hastalığı	N %	26 10,8	202 83,8	13 5,4	20 8,8	203 89	5 2,2	2	3,983	0,136
Solunum Sist. Hastalığı	N %	43 17,8	188 78	10 4,1	49 21,5	173 75,9	6 2,6	2	1,656	0,437
Kas-İskelet Sist. Hastalığı	N %	73 30,3	162 67,2	6 2,5	95 41,7	130 57	3 1,3	2	7,033*	0,030
Mide Hastalığı	N %	37 15,4	198 82,2	6 2,5	67 29,4	155 68	6 2,6	2	13,542**	0,001
Kansızlık	N %	37 15,4	193 80,1	11 4,6	60 26,3	159 69,7	9 3,9	2	8,584*	0,014
Migren vb. Baş Ağrısı	N %	39 16,2	195 80,9	7 2,9	72 31,6	151 66,2	5 2,2	2	15,391**	0,000
Alerji	N %	26 10,8	208 86,3	7 2,9	50 21,9	174 76,3	4 1,8	2	11,071**	0,004
Tiroit Hastalığı	N %	7 2,9	218 90,5	16 6,6	22 9,6	191 83,8	15 6,6	2	9,220*	0,010
Cinsel Yolla Bulaşan Hast.	N %	0 0	233 96,7	8 3,3	1 0,4	224 98,2	3 1,3	2	3,092	0,213
Depresyon	N %	28 11,6	207 85,9	6 2,5	48 21,1	178 78,1	2 0,9	2	9,094*	0,011
Anksiyete	N %	32 13,3	201 83,4	8 3,3	54 23,7	173 75,9	1 0,4	2	12,818**	0,002
Yeme Bozukluğu	N %	4 1,7	231 95,9	6 2,5	19 8,3	208 91,2	1 0,4	2	14,210**	0,001
Diğer Ruhsal Hastalıklar	N %	7 2,9	227 94,2	7 2,9	11 4,8	216 94,7	1 0,4	2	5,306	0,070
Kanser	N %	5 2,1	231 95,9	5 2,1	4 1,8	223 97,8	1 0,4	2	2,560	0,278
Karaciğer Hastalığı	N %	6 2,5	230 95,4	5 2,1	7 3,1	220 96,5	1 0,4	2	2,607	0,272
Kemik Erimesi	N %	3 1,2	231 95,9	7 2,9	15 6,6	213 93,4	0 0	2	15,381**	0,000
Diğer Hastalıklar	N %	5 2,1	227 94,2	9 3,7	3 1,3	224 98,2	1 0,4	2	6,731	0,081

** p< 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

* p< 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Cinsiyetin sağlık üzerindeki etkilerini ele alan çalışmalarda en çok ifade edilen konu, kadınların erkeklere göre daha çok hastalığa sahip olmaları ve erkeklere göre daha ilerleyen yaşlarda hayatlarını kaybetmeleridir. Bu durum “kadınlar hastaları

erkekler ölür” cümlesi ile dile getirilmektedir. Biyomedikal yaklaşım söz konusu durumun nedenini kişilerin biyolojik, fizyolojik ve hormonal yapılarına bağlı olarak açıklamaktadır. Sosyal inşa ve sosyal rol teorilerine göre ise neden, toplumsal cinsiyet rolleridir. Feminist yaklaşım ise durumu ataerkil tıbbın kadınları hasta olarak inşa etmesine, farklı cinsiyet rollerine ve cinsiyetler arasındaki eşitsizliklere bağlamaktadır. Medikalizasyon sürecinde de kadınların hasta olarak inşa edildiğine dair görüşler bulunmaktadır.

Yapılan araştırmada örnekleme dâhil olan kişilere yirmi bir hastalık grubunun kendilerinde var olup olmadığı sorulmuştur. Bu sorulara evet, hayır ya da bilmiyorum şeklinde cevap vermeleri istemiştir. Elde edilen veriler üzerinde Ki Kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyet ile kas- iskelet hastalığı ($p=0,030$), kansızlık ($p=0,014$), tiroit hastalığı ($p=0,010$), depresyon ($p=0,011$) hastalıkları arasındaki ilişki $p<0.05$ düzeyinde anlamlı bulunurken; mide hastalığı ($p=0,001$), migren vb. baş ağrıları ($p=0,000$), anksiyete ($p=0,002$), yeme bozukluğu ($p=0,001$), kemik erimesi ($p=0,000$) ve alerjik hastalıklar ($p=0,004$) arasındaki ilişki ise $p<0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu hastalık gruplarında kadınlar erkeklere göre daha çok hastalığa sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Araştırmada cinsiyet ile şeker hastalığı, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, romatizma, kalp hastalığı, solunum sistemi hastalığı, cinsel yolla bulaşan hastalık, diğer ruhsal hastalıklar, kanser ve karaciğer hastalıkları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Araz ve arkadaşları (2007: 117) ile Tanrıverdi ve arkadaşları (2007: 437) tarafından yapılan araştırmalarda da kadınların erkeklere göre daha çok hastalığa sahip oldukları ortaya konulmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların erkeklere göre daha yüksek hastalık oranlarına sahip olmaları biyolojik ve toplumsal nedenlere bağlı olarak açıklanabilir. Örneğin kadınlarda kansızlığın daha fazla görülmesi biyolojik faktörlere bağlanabilir. Kadınların erkeklerden farklı olarak mensturuasyon, gebelik, doğum gibi süreçlerden geçmeleri onlarda kansızlık probleminin daha yaygın olarak görülmesine neden olabilmektedir. Aynı durum kemik erimesi için de geçerlidir. Menopoz, gebelik gibi süreçler kadınlarda kemik erimesinin daha yaygın olarak görülmesinin nedenlerindendir. Kadın ve erkeklerin hormonal yapılarındaki farklılık ise tiroit hastalıklarının kadınlarda daha çok görülmesine davetiye çıkarabilmektedir. Ayrıca

kadın ve erkekler arasındaki bağışıklık sistemi farklılığı kadınların alerjiye daha yatkın olmalarını beraberinde getirebilmektedir.

Kadınların kansızlık, kemik erimesi, kas-iskelet sistemi hastalığı, mide hastalığı, migren vb. baş ağrıları, alerji, tiroit hastalığı, depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu kemik erimesi hastalıklarının daha fazla görülmesi biyolojik etkenlerin yanı sıra toplumsal etkenlere bağlı olarak açıklanabilir. Çalışmanın teorik bölümünde de belirtildiği üzere toplumsallaşma, medikalizasyon, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, medya gibi faktörler kadın ve erkek sağlığı arasında farklılık görülmesine yol açabilmektedir.

Toplumsallaşma sürecinde kadınlar ve erkeklere verilen cinsiyet rolleri, onların sağlık düzeyleri üzerinde etkili olabilmektedir. Kadınlara verilen dayanıksızlık, hasta olma, zayıflık gibi toplumsal roller onların hastalıkları kabullenmelerini kolaylaştırabilmektedir. Hasta rolüne kolay uyum sağlayan kadınlar, sağlık hizmetlerinden erken dönemde faydalanabilmektedirler. Toplumda erkeklere verilen güçlü olma, dayanıklılık, sağlıklı olma gibi roller ise erkeklerin hastalıklarını inkâr etmelerini, hasta rolünü benimsememelerini ve bu nedenle sağlık hizmetlerinden daha az faydalanmalarını beraberinde getirebilmektedir. Herhangi bir hastalığın bir kişide var olup olmadığını söylemek için söz konusu kişinin sağlık kuruluşuna başvurması ve kendisine hekim tarafından teşhis konulması gerekmektedir. Kadınların erkeklere göre sağlık kuruluşuna daha çok başvurmaları, hastalıklarına daha çok tanı konulmasına ve dolayısıyla daha çok hastalığa sahip olmalarına neden olabilmektedir.

Toplumda kişiler sadece hekimin teşhis koyması sonucunda hasta olduklarını ifade etmemektedirler. Aynı zamanda bireyler sağlık konusundaki bilgileri çerçevesinde kendi kendilerine teşhis koyabilmektedirler. Özellikle son zamanlarda televizyon, gazete, internet gibi kitle iletişim araçları vasıtasıyla kişiler sağlık ve hastalık konusunda bilgi edinerek kendi bedenlerini daha çok tanımaya başlamaktadırlar.

Sağlık bilgisi elde etmenin bir başka yolu da sosyal destek ağlarıdır. Kadınların toplumda erkeklere oranla daha çok sosyal ağına sahip olmaları ve medya vasıtasıyla sağlık bilgilerine daha çok sahip olmaları kendilerinde var olan hastalık belirtilerini daha çok fark etmelerine ve sağlık hizmetlerinden daha çok faydalanmalarına neden olabilmektedir. Kadınların anne ve eş olma rolleri de sağlık konusunda daha bilgili

olmalarına olanak sağlayabilmektedir. Toplumlarda kadınların erkeklere oranla ailenin sağlık sorumluluğunu daha çok üstlenmeleri sağlık bilgilerini artırabilmektedir. Aynı zamanda kadınların erkeklere göre sağlıkla ilgili konularda sosyalleşmeleri de sağlık konusunda daha bilgili olmalarını beraberinde getirebilmektedir.

Cinsiyetler arasında var olan eşitsizlikler de kadınların erkeklere göre daha çok hastalığa maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Kadınların erkeklere göre düşük statüde bulunmaları, gelir düzeylerinin düşük olması, karar verme yetkilerinin az olması, sağlık hizmetlerine erişmede problem yaşamaları, sağlık hizmetlerinden faydalanmalarının eş ya da babalarının iznine bağlı olması gibi gerekçeler kadınlarda daha çok hastalık görülmesine davetiye çıkarabilmektedir.

Cinsiyet ve sağlık hizmetlerini kullanma arasındaki ilişkide bir hususa dikkat çekmek gerekmektedir. Toplumda cinsiyetler arasındaki eşitsizlik nedeni ile kadınlar sağlık hizmetlerine eşirme konusunda problem yaşayabilmektedirler. Ancak konu toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında ele alındığında kadınların erkeklere göre sağlık hizmetlerinden daha çok faydalandıkları dile getirilebilir.

Araştırmada depresyon, anksiyete ve yeme bozukluğu hastalıklarının cinsiyete göre farklılaştığı görülmektedir. Soygür ve arkadaşları (2005: 172), TÜİK'in sağlık araştırması (TÜİK, 2015: 37), Tümkiye ve arkadaşları (2005: 38), Ünal ve arkadaşları (2002: 10) tarafından yapılan çalışmalarda da depresyonun kadınlarda daha yaygın olarak görüldüğü ifade edilmektedir. Ayrıca Keskin ve arkadaşları (2013: 346) ile Tümkiye ve arkadaşları (2005: 28) tarafından yapılan çalışmalarda anksiyete hastalığına daha çok kadınların yakalandığı dile getirilmiştir. Kadınlarda erkeklere göre depresyon ve anksiyete gibi hastalıkların daha çok görülmesi, yapısal farklılıklarının yanı sıra çeşitli toplumsal nedenlere bağlı olarak da açıklanabilir. İlk olarak toplumsallaşma sürecinde kadınlara verilen duygusal, kırılgan, bağımlı olma gibi cinsiyet rollerinin, bu tarz rahatsızlıkların oluşumuna katkı sağladığı ifade edilebilir. Kadınlara verilen bu roller onların depresyon ve anksiyete hastalıklarının belirtilerini hissettiklerinde sağlık kuruluşuna başvurmalarına neden olabilmektedir. Oysa toplumda erkeklere verilen güçlü, dayanıklı, sert, bağımsız gibi cinsiyet rolleri onların anksiyete ve depresyon gibi hastalıklara maruz kaldıklarında sağlık hizmetlerini kullanmalarına engel olabilmektedir. Çünkü bu tarz belirtileri göstermek erkekler için zayıflığa işaret edebilmektedir.

Kadın ve erkeklerde depresyon ve anksiyetenin farklı düzeyde görülmesi sosyal rol teorisine göre de açıklanabilir. Sosyal rol kuramına göre kadınların erkeklere oranla daha çok sosyal role sahip olmaları, onların stres düzeyini yükseltmekte ve ruhsal hastalıklara daha çok maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Diğer yandan kadınların statü, gelir, karar verme gücü gibi etkenlerde ikinci planda olmaları da ruhsal hastalıkların daha çok görülmesine davetiye çıkarabilmektedir. Özellikle geleneksel toplumlarda erkeklere göre ikincil planda olan kadınlar çevrelerinden daha çok ilgi görmek için de bu tarz hastalık belirtilerini sergileyebilmektedirler. Benzer yorumlar depresyon ve anksiyete hastalıklarının dışında migren vb. baş ağrısı problemleri için de geçerli olabilmektedir.

Örnekleme dâhil olan katılımcıların cinsiyetleri ile yeme bozukluğu hastalığı arasında da ilişki bulunmaktadır. Kadınlar erkeklere oranla daha çok yeme bozukluğu hastalığına yakalandıklarını ifade etmişlerdir. Ünalın ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da (2009: 77) benzer bir sonuç ortaya çıkmıştır. Toplumsallaşma sürecinde ve medya vasıtası ile zayıf kadın imajları yaygın hale gelmektedir. Toplumda kadınların bedeninin erkek bedenlerine göre daha ön planda olması kadınlarda beden memnuniyetsizliğini beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle kadınlar erkeklere göre yeme bozukluğu hastalıklarına daha fazla oranda sahip olabilmektedirler. Yeme bozukluğu olanlar kadınlar yemek yedikten sonra kusabilmekte ya da sıfır beden olma arzusu ile yetersiz beslenebilmekte, sağlıklarını bozucu çeşitli uygulamalarda bulunabilmektedirler.

Literatürde erkeklerin yanlış ve aşırı beslenmelerinden dolayı kadınlardan daha fazla oranda yüksek kolesterole; sinirli yapılarından kaynaklı kalp hastalıklarına, yüksek tansiyona daha çok maruz kaldıkları ifade edilmektedir (Goldberg, 2010: 142-143; Doyal, 2009. 428; Östlin vd., 2001: 180). Ayrıca erkeklerin kadınlara oranla daha çok sigara kullanmalarının solunum hastalığına; daha çok alkol kullanmalarının karaciğer hastalıklarına daha çok yakalanmalarına neden olduğu düşünülebilir. Ancak örneklemden elde edilen verilerde bu yönde bir sonuç ortaya çıkmamıştır. Bu durum erkeklerin sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmamalarına bağlı olarak açıklanabilir. Erkekler sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmadıkları için kendilerinde var olan hastalıklarına tanı konulamamaktadır, bu nedenle kendilerinde var olan hastalıkların farkında olamayabilmektedirler.

Tablo 5.2.2. Cinsiyet - Sağlığın Değerlendirilme Biçimi İlişkisi

Cinsiyet	Sağlığın Nasıl Değerlendirildiği					Toplam
	Mükemmel	Çok İyi	İyi	Fena Değil	Kötü	
Erkek N	35	63	86	48	8	250
%	14,6%	26,3%	35,8%	20,0%	3,3%	100.0 %
Kadın N	16	45	99	53	15	228
%	7,0%	19,7%	43,4%	23,2%	6,6%	100.0 %
Toplam N	51	108	185	101	23	468
%	10,9%	23,1%	39,5%	21,6%	4,9%	100.0 %

$X^2=13,071^*$ $sd=4$ $p=0,011$

* $p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

Toplumda kişilerin sağlıklarını değerlendirme biçimleri sahip oldukları sağlık statüleri hakkında bilgi verebilmektedir. Kişilerin kendi sağlıklarını değerlendirme biçimleri subjektif sağlık düzeylerini göstermektedir. Örneğin bir kişi hekim tarafından birçok hastalık teşhisi konulmasına rağmen kendisini sağlıklı olarak hissedebilir. Hastalığı olmamasına rağmen kendisini hasta olarak kabul eden bireyler de bulunmaktadır. Bu nedenle özellikle rahatsızlık boyutunda sağlığın değerlendirilme biçiminin son derece önemli olduğu ifade edilebilir.

Araştırmada deneklere sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur. Cinsiyet ve sağlığı değerlendirme biçimi arasında $p < 0.05$ düzeyinde istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,011$). Tabloda 5.2.2.'de görüldüğü üzere sağlığını mükemmel ve çok iyi olarak kabul eden erkeklerin oranı kadınlardan daha yüksek düzeydedir. Sağlıklarını iyi, fena değil ve kötü olarak değerlendiren kadınların oranı ise erkeklerden yüksek düzeydedir. Benzer sonuçlar TÜİK'in sağlık araştırmasında (TÜİK, 2014: 60), Araz ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada (2007: 114) ve Şavran'ın (2014: 102) Eskişehir'in kentsel ve kırsal bölgelerinde yaptığı çalışmada da görülmektedir.

Erkeklerin kadınlara oranla sağlıklarını daha iyi hissetmelerinin nedenlerinden biri kuşkusuz daha az hastalığa sahip olmaları olabilir. Tablo 5.2.1'de görüldüğü gibi erkekler kadınlara göre daha az hastalığa sahip olduklarını belirtmektedirler. Bu durumunda daha az hasta olan erkeklerin kendilerini daha sağlıklı hissediyor olmaları beklendiktir.

Diğer taraftan bu bulgunun kadınlara atfedilen zayıf, dayanıksız, narin gibi rollerin onların kendilerini daha sağlıklı algılamalarına ve bunu kolaylıkla dile getirebilmelerine işaret ettiği düşünülebilir. Oysa erkeklere güçlü, dayanıklı ve sert olmak gibi özellikler atfedilmektedir. Bu durumda erkekler için sağlığın kötü algılanması ve bunun ifade edilmesi zorlaşabilir. Dolayısı ile gerçekte öyle olmasa bile, erkekler kadınlara göre sağlıklarını daha iyi düzeyde algılıyor ya da ifade ediyor olabilirler.

Tablo 5.2.3. Cinsiyet - Meslek Hastalığı İlişkisi

Cinsiyet		Meslek Hastalığı Riski		Toplam
		Var	Yok	
Erkek	N	37	203	240
	%	15,4%	84,6%	100,0%
Kadın	N	26	202	228
	%	11,4%	88,6%	100,0%
Toplam	N	63	405	468
	%	13,5%	86,5%	100,0%

$$X^2=1,616 \quad sd=1 \quad p=0,204$$

Araştırmada katılımcılara meslek hastalığı risklerinin olup olmadığı sorulmuştur. Elde edilen verilerle cinsiyet ile meslek hastalığı arasında bir ilişki olup olmadığını görmek için ki kare analizi yapılmıştır. Ancak istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,204$). Erkek ve kadınlar benzer oranlarda meslek hastalığı riskleri olduğunu ifade etmişlerdir.

Literatüre bakıldığında (Akın, 2007; Clawley vd., 2008: 19; Turner, 2011: 131) kadınların erkeklere göre daha çok meslek hastalığı riskine sahip oldukları ifade edilmektedir. Söz konusu açıklamalar erkekleri kamusal alanda iş yaşamı ile kadınları özel alanda ev işleri ile daha çok ilişkilendirmektedir. Ancak yapılan araştırmada bu yönde bir bulgu ortaya çıkmamıştır. Günümüzde kadınların geçmişe oranla daha çok iş yaşamında yer almaktadırlar. Dolayısıyla örnekleme dâhil olan kadın ve erkekler açısından meslek hastalığı riskine sahip olma bakımından önemli bir farklılığın bulunmadığı ifade edilebilir. Ayrıca kadınların hastalık riski algıları daha yüksek düzeyde olabilir. Hastalık ve risk konusunda daha çok bilgilerinin ve duyarlılıklarının olması bu tür bir bulgunun ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir.

5.3. Cinsiyet- Hastalık Davranışı İlişkisini Gösteren Bulgular

Genel olarak hastalık davranışı kişilerin hastalıkları ile baş etmek için kullandıkları tüm davranışsal tepkileri içermektedir. Hastalık davranışlarının hastalığın şiddeti ve ciddiyetinden daha çok kişilerin hastalıkları yorumlama biçimleri ile ilişkili olduğunu dile getiren görüşler bulunmaktadır. Hastalık davranışı hastalığın gelişmesi ve gidişatında önemli bir rol oynayabilmektedir. Kişilerin hastalık endişeleri, sağlık alışkanlıkları, ölüm ve hastalık korkusu, tedavi deneyimleri ve bedenle aşırı uğraşları gibi faktörler hastalık davranışlarını etkileyebilmektedir (Güleç, 2012: 141).

Yapılan çalışmada erkek ve kadınlar arasında hastalık davranışına yönelik bir ilişki var olup olmadığını anlamak için kişilerin kendilerini hastalıklara karşı dayanıklı hissedip hissetmedikleri, ilaç kullanma düzeyleri, ruhsal bir sıkıntıları olduğunda bu sıkıntıları başkaları ya da hekimle paylaşıp paylaşmadıkları, hastalık durumunda istirahat etme durumları, hastalıklarını rahatlıkla kabul edip etmedikleri, hastalıkların başkalarına rahatlıkla ifade edip etmedikleri ve alternatif tıp kullanıp kullanmadıklarına ilişkin sorular yöneltilmiştir. Toplanan veriler üzerinde ki kare analizi yapılmış ve cinsiyet ile hastalık davranışı arasında herhangi bir ilişkinin var olup olmadığı tablolar aracılığı ile gösterilmeye çalışılmıştır.

Tablo 5.3.1.Cinsiyet - Hastalıklara Karşı Dayanıklı Hissetme İlişkisi

Cinsiyet		Dayanıklı Hissetme		Toplam
		Evet	Hayır	
Erkek	N	173	57	230
	%	75,2%	24,8%	100,0%
Kadın	N	136	87	223
	%	61,0%	39,0%	100,0%
Toplam	N	309	144	453
	%	68,2%	31,8%	100,0%

$X^2=10,575^{**}$ sd=1 p=0,001

** p< 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Araştırmada örnekleme dâhil olan katılımcılara kendilerini hastalıklara karşı dayanıklı hissedip hissetmedikleri sorulmuştur. Cinsiyetler arasında hastalıklara karşı dayanıklı hissetmeye dair bir ilişkinin var olup olmadığını anlamak için ki kare analizi yapılmıştır. Yapılan analizde cinsiyet ile hastalıklara karşı dayanıklı olduğunu

hissetme arasında $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı bir istatistiki ilişki bulunmuştur ($p=0,001$). Erkekler kadınlara göre kendilerini hastalıklara karşı daha dayanıklı hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Toplumsal cinsiyet ile sağlık ilişkisini ele alan bazı çalışmalarda (Golberg, 2010; Levant ve Pollack: 1995: 1; Isacco, 2013), sosyal inşa kuramında (McCrea, 2003: 189), sosyal rol kuramında (Walsh vd., 1995: 136), ve feminist yaklaşımda (Annadale ve Clark, 1996: 19; Cockerham ve Scambler, 2010: 18; White, 2009: 133) kadın ve erkeklerin sahip oldukları cinsiyet rollerinin sağlık ve hastalık üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir. Söz konusu görüşlere göre toplumda erkeklere verilen dayanıklılık, güçlü olma, sert olma gibi bir takım rollerin onları sağlıklı yaparken; kadınlara verilen dayanıksızlık, zayıflık gibi rollerin kadınları hasta yaptığı ifade edilmektedir. Dolayısıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgunun literatür ile uyumlu olduğu ifade edilebilir.

Kadınların kendilerini hastalıklara karşı dayanıksız hissetmeleri sağlık bakımından avantaja dönüşebilmektedir. Çünkü kendisini hastalıklara karşı dayanıklı hisseden kişiler hasta olmaya karşı direnç gösterebilmektedirler. Uzun süreli olarak hasta olmaya karşı direnmek ise sağlık kuruluşuna başvuramamaya, hastalığın ilerlemesine ve geç tedavi olmaya neden olabilmektedir. Oysa hastalıklara karşı dayanıksız olduğunu düşünenler herhangi bir hastalık belirtisi fark ettiklerinde bu durumu çevresindekilere bildirebilmekte, sağlık kuruluşuna başvurabilmekte ve erken dönemde tedavi avantajından faydalanabilmektedirler. Bu durumda araştırmadan elde edilen verilere göre erkeklerin kendilerini dayanıklı hissetmelerinin, sağlıkları açısından dezavantaja dönüşebileceği ifade edilebilir.

Araştırmada erkeklerin kadınlara göre hastalıklara karşı dayanıklı olarak hissetmelerinin bir diğer nedeni de Tablo 5.2.1’de görüleceği üzere daha az sayıda hastalığa sahip olmaları olabilir. Erkeklerin kadınlara göre daha az sayıda hastalığa sahip olmaları, hastalıklara karşı kendilerini dayanıklı hissetmelerine yol açabilir.

Tablo 5.3.2. Cinsiyet- İlaç Kullanma İlişkisi

İlaç Kullanma Davranışları		Erkek					Kadın							
		Sıklıkla	Bazen	Çok Nadir	Hiç	Toplam	Sıklıkla	Bazen	Çok Nadir	Hiç	Toplam	X ²	sd	p
İlaçları Bitene Kadar Kullanma	N	123	60	27	31	241	123	65	21	19	228	3,472	3	0,324
	%	51	24,9	11,2	12,9	100	53,9	28,5	9,2	8,3	100			
İlaçları İyileşene Kadar Kullanma	N	161	51	16	13	241	145	57	19	7	228	2,869	3	0,412
	%	66,8	21,2	6,6	5,4	100	63,6	25	8,3	3,1	100			
Yakınları Tarafından Önerilen İlaçları Kullanma	N	52	63	38	87	240	46	63	39	78	226	0,451	3	0,930
	%	21,7	26,3	15,8	36,3	100	20,4	27,9	17,3	34,5	100			
Evde Bulunan İlaçları Kullanma	N	55	80	37	66	238	54	88	39	46	227	3,756	3	0,289
	%	23,1	33,6	15,5	27,7	100	23,8	38,8	17,2	20,3	100			

Hastalık davranışlarına ilişkin bir başka faktör ilaç kullanmadır. Çünkü kişilerin hastalandıkları zaman iyileşmek ve tekrar eski hayatlarına dönmek için ilaç kullanmaları gerekebilmektedir. Ancak toplumumuzda ilaç kullanma davranışına ilişkin bazı hatalar yapılabilmektedir. Hekim önerisi olmadan, çevre tarafından tavsiye edilen ya da evde bulunan ilaçları kullanma, hekimin önerisi dışındaki sürelerde örneğin sadece iyileşene kadar ilaç kullanma yanlış ilaç kullanma davranışlarındandır.

Cinsiyet ile ilaç kullanma davranışı ilişkisine yönelik TÜİK tarafından yapılan sağlık araştırmasında (TÜİK, 2013: 44) erkeklerin kadınlara oranla hekim tarafından önerilen ilaçları daha düşük düzeyde kullandıkları ifade edilmektedir. Literatüre bakıldığında erkeklerin hastalıkları konusunda daha az şikayetçi oldukları, acılara daha fazla katlanabildikleri ve daha az sağlık kuruluşuna başvurdukları dile getirilmektedir (Courtenay, 2000; Goldberg, 2010: 71; Östlin vd. 2001: 180; Tanrıverdi vd., 2007). Bu durumda erkeklerin kadınlara oranla daha az ilaç kullanmaları beklendiktir. Ancak yapılan çalışmada hekim tarafından önerilen ilaçları bitene ve iyileşene kadar kullanma, yakın çevredeki kişiler tarafından önerilen ilaçları

ve evde bulunan ilaçları kullanma bakımından cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 5.3.3. Cinsiyet- Hastalığa Verilen Tepkiler İlişkisi

Hastalığa Verilen Tepkiler		Erkek					Kadın							
		Sıklıkla	Bazen	Çok Nadir	Hiç	Toplam	Sıklıkla	Bazen	Çok Nadir	Hiç	Toplam	X ²	sd	p
Ruhsal Sıkıntıyı İfade Etme	N	108	81	17	35	241	121	66	17	19	227	7,018	3	0,071
	%	44,8	33,6	7,1	14,5	100	53,3	29,1	7,1	8,4	100			
Ruhsal Sıkıntı Durum. Sağ. Krl. Başvurma	N	106	66	20	46	238	104	53	30	41	228	3,514	3	0,319
	%	44,5	27,7	8,4	19,3	100	45,6	23,2	13,2	18	100			
Sağlığın Kötüye Gideceğini Düşünme	N	52	87	45	57	241	45	80	49	53	227	0,696	3	0,874
	%	21,6	36,1	18,7	23,7	100	19,8	35,2	21,6	23,3	100			
Hastalık Durumunda İstirahat Etme	N	120	65	29	24	238	114	65	29	20	228	0,303	3	0,959
	%	50,4	27,3	12,2	10,1	100	50	28,5	12,7	8,8	100			
Hastalığı Rahatlıkla Kabul Etme	N	148	59	19	10	236	159	47	11	9	226	3,724	3	0,293
	%	62,7	25	8,1	4,2	100	70,4	20,8	4,9	4	100			
Hastalığını Rahatlıkla İfade Etme	N	147	60	19	14	240	151	48	15	13	227	1,534	3	0,674
	%	61,3	25	7,9	5,8	100	66,5	21,1	6,6	5,7	100			

Kişilerin hastalıklara karşı gösterdikleri tepkiler onların sağlık ve hastalık düzeyini etkileyebilmektedir. Araştırmada ruhsal sıkıntıyı ifade etme, ruhsal sıkıntı durumunda sağlık kuruluşuna başvurma, sağlığın kötüye gideceğini sanma, hastalık durumunda istirahat etme, hastalığı kabul etme ve hastalığını rahatlıkla başkalarına ifade etme davranışları ile cinsiyet arasında ilişki olup olmadığına yönelik ki kare analizi yapılmıştır. Yapılan analizde söz konusu tepkilerle cinsiyet arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Literatüre bakıldığında erkeklerin ruhsal problemlerini aktarma konusunda problem yaşadıkları (Bozok, 2011; Goldberg, 2010: 175; Zeybekoğlu, 2013: 93-94), ruhsal hastalık durumunda sağlık hizmetlerinden faydalanmadıkları (Isacco vd., 2013) dile getirilmektedir. Ancak örnekleme dâhil olan katılımcılardan elde edilen verilere göre kadın ve erkeklere arasında ruhsal sıkıntıları ifade etme ve ruhsal sıkıntı durumunda sağlık kuruluşuna başvurma arasında ilişki ortaya çıkmamıştır.

Yine toplumsal cinsiyet ile sağlık ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda kadın ve erkekler arasında hasta rolü sergileme bakımından bir ilişki olduğu dile getirilmektedir (Annandale, 2010; Radley, 2004; Sarı ve Atılgan, 2012: 20; Courtenay, 2000; Golberg, 2010: 71; Tanrıverdi vd., 2007). Bu görüşe göre toplumlarda erkeklere verilen cinsiyet rolleri onların hastalıkları kabul etmelerine ve hastalıklarını başkalarına rahatlıkla ifade etmelerine engel olabilmektedir. Ancak kadınların sahip oldukları cinsiyet rolleri onların hastalıklarını kabullenmelerini ve hastalıklarını bildirmelerin daha kolay olmasını sağlayabilmektedir. Aynı zamanda hasta rolünü daha çok benimseyen kadınların istirahat etme gibi davranışları daha çok sergileyebildikleri ifade edilmektedir. Ancak yapılan araştırmada bu tür bir bulgu da ortaya çıkmamıştır.

Günümüzde geçmişe oranla sağlıklı olmanın daha önemli hale gelmesi, toplumsal cinsiyet rollerine karşı toplumda çok katı tutumların sergilenmemesi erkeklerle kadınların ruhsal sıkıntılarını ya da hastalıklarını kabullenme ve başkalarına ifade etmeleri arasındaki farklılığın azalmasına neden olabilmektedir. Örnekleme dâhil olan kişilerin en fazla oranda bazen kendilerinin sağlığının kötüye gideceğini düşünmeleri bu bulguyu desteklemektedir. Yaşadığımız dönemde sağlıklı olmanın ve uzun süre yaşamanın birçok kişinin ideali haline gelmesi, sağlık ve hastalık konusunun oldukça sık gündemde tutulması kişilerde bu yönde bir düşüncenin ortaya çıkmasına yol açmış olabilir.

Tablo 5.3.4. Cinsiyet - Hastalık Durumunda Alternatif Tıp Kullanma İlişkisi

Cinsiyet		Alternatif Tıp Kullanma			Toplam
		Evet	Hayır	Bazen	
Erkek	N	74	96	70	240
	%	30,8%	40,0%	29,2%	100,0%
Kadın	N	70	88	68	226
	%	31,0%	38,9%	30,1%	100,0%
Toplam	N	144	184	138	466
	%	30,9%	39,5%	29,6%	100,0%

$$X^2=0,067 \quad sd=2 \quad p=0,967$$

Kişilerin hastalandıklarında alternatif tıp yöntemlerini kullanmaları sağlık ve hastalık davranışının göstergelerinden biridir. Araz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastalık durumunda erkeklerin kadınlara göre daha düşük düzeyde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri kullandıkları dile getirilmiştir (Araz vd., 2007: 117). Ayrıca Amanak ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (Amanak vd., 2013: 441) kadınların kültürel yapı ile bağdaşan tedavi yöntemlerini daha çok tercih ettikleri ifade edilmektedir. Bu çalışmada akupunktur, ayurveda, yoga, çeşitli bitkisel ilaçların ve diyetlerin kadınlar tarafından tercih edildiği dile getirilmektedir. Kettel'da (1996), kadınların erkeklere göre alternatif tıp yöntemlerini daha fazla kullandıklarını ifade etmiştir. Ancak yapılan araştırmada cinsiyet ile alternatif tıp kullanma arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmada kadın ve erkekler arasında alternatif tıp kullanma bakımından bir farklılaşma yoktur. Ancak örneklemin geneline bakıldığında deneklerin yaklaşık %60'ı bazen ve her zaman alternatif tıp yöntemlerini kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Günümüzde medyanın alternatif tıp yöntemleri ile ilgili bilgiler verilmesi ve bazı hekimlerin bu tür uygulamaları desteklemeleri alternatif tıp uygulamalarının tercih edilmesine neden olabilmektedir.

5.4. Cinsiyet- Sağlığı Koruyucu Davranışlar İlişkisini Gösteren Bulgular

Günümüzde kişiler için sağlıklı bir yaşam sürmek oldukça önemlidir. Bu nedenle bireyler sağlıklarını koruyucu davranışlar sergileyerek hastalıklarını engellemeye çalışabilmektedirler. Diyet yapma, dişlerini fırçalama ve sağlığı hakkında bilgi edinme, kişilerin sergilediği sağlığı koruyucu davranışlardır. Ancak burada diyet yapma ile ilgili bir açıklama yapmak gerekmektedir. Bireyler sağlıklı yaşamak için veya güzel ya da yakışıklı görünmek için diyet yapabilmektedirler. Sağlıklı yaşamak için diyet yapmak sağlık için son derece önemlidir. Fakat güzel ya da yakışıklı olmak için diyet yapmak kimi zaman kişilerin sağlığını tehlikeye sokabilmektedir.

Araştırmanın bu kısmında cinsiyet ile sağlıklı yaşamak için ya da güzel veya yakışıklı görünmek için diyet yapma, dişlerini düzenli fırçalama ve sağlığı hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olma arasında bir ilişkinin var olup olmadığını göstermeye yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 5.4.1 Cinsiyet- Diyet yapma ve Dişlerini Fırçalama İlişkisi

		Erkek					Kadın					X ² sd p		
		Sıklıkla	Bazen	Çok Nadir	Hiç	Toplam	Sıklıkla	Bazen	Çok Nadir	Hiç	Toplam			
Sağlıklı Yaşamak İçin Diyet Yapmak	N	54	74	30	83	241	50	67	50	61	228	8,509*	3	0,037
	%	22,4	30,7	12,4	34,4	100	21,9	29,4	21,9	26,8	100			
Güzel-yakışıklı Görünmek İçin Diyet Yap.	N	44	68	22	106	240	45	67	36	80	228	6,729	3	0,081
	%	18,3	28,3	9,2	44,2	100	19,7	29,4	15,8	35,1	100			
Dişlerini Düzenli Fırçalama	N	111	64	31	33	239	134	50	22	22	228	7,352	3	0,061
	%	46,4	26,8	13	13,8	100	58,8	21,9	9,6	9,6	100			

* p< 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Cinsiyet ile diyet yapma arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmaların bazılarında diyet yapmak kadınsı ve erkeksi roller temelinde açıklanmaktadır (Risk, 2004). Bu çalışmalarda diyet yapmak kadınsılıkla ilişkilendirilmektedir. Cinsiyet ve diyet yapma arasındaki ilişkiyi ideal beden imajına sahip olma ile açıklayan görüşler (Terre, 2013; Waldron, 1997: 318) de bulunmaktadır. Bu görüşe göre kadınlar ideal vücut ölçülerine sahip olabilmek için erkeklere oranla daha fazla diyet yapmaktadırlar. İdeal kadın bedenini ortaya koymada medyanın büyük bir rolü olduğunu ifade eden çalışmalar (Koca ve Bulgu, 2005: 16; Küçükşen, 2016: 142,149) da söz konusudur.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre sağlıklı yaşamak için diyet yapma ile cinsiyet arasında ilişki olduğu görülmektedir ($p=0,037$). Kadınlar ile erkekler arasında sıklıkla ve bazen sağlıklı yaşamak için diyet yapma davranışı arasında önemli bir farklılık bulunmazken, çok nadir diyet yapma ve hiç diyet yapmama arasında farklılık bulunmaktadır. Sağlıklı yaşamak için hiç diyet yapmayan erkeklerin oranı kadınlardan daha yüksek seviyede iken, çok nadir olarak diyet yapan kadınların oranı erkeklerden daha fazladır. Kadınlarda erkeklere göre sağlıklı yaşamak için hiç diyet yapmama oranının düşük olması, sağlıklarını daha çok önemsediklerini bizlere gösterebilmektedir. Kadınların sağlıklı yaşama ile ilgili bilgilere daha çok sahip olmaları, sağlıkla ilgili konularla sosyalleşmeleri de kadınların sağlıklı yaşamak için daha çok diyet uygulamalarına neden olabilmektedir.

Tablo 5.4.1’de görüleceği üzere cinsiyet ile güzel ya da yakışıklı görünmek için diyet yapmak arasında anlamlı bir ilişki görülmemektedir. Sağlıklı yaşamak için diyet yapma ile güzel ve yakışıklı görünmek için diyet yapma karşılaştırılacak olursa, sağlıklı yaşamak için diyet yapanların oranı daha yüksek görünmektedir. Bu bulgu, örnekleme dâhil olan kişilerin ideal bedene sahip olmaktan çok, sağlıklı yaşamak için diyet yapmayı önemsedikleri şeklinde yorumlanabilir.

Diş sağlığı açısından dişlerini düzenli fırçalama davranışı göstermek oldukça önemlidir. Kadınların erkeklere göre daha çok sağlığı koruyucu davranışlar sergilediği göz önüne alınacak olursa, kadınların erkeklere göre dişlerini daha düzenli bir şekilde fırçalayacakları öngörülebilir. Ancak cinsiyet ile dişlerini düzenli fırçalama arasında yapılan ki kare analizinde istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 5.4.2. Cinsiyet-Sağlığı Hakkında Yeteri Kadar Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme İlişkisi

Cinsiyet		Sağlığı Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme		Toplam
		Evet	Hayır	
Erkek	N	125	114	239
	%	52,3%	47,7%	100,0%
Kadın	N	116	112	228
	%	50,9%	49,1%	100,0%
Toplam	N	241	226	467
	%	51,6%	48,4%	100,0%

$X^2=0,095$ $sd=1$ $p=0,758$

Kişilerin sağlıkları hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olmaları, onların sağlık düzeyini artırabilmektedir. Çünkü sağlık bilgisine sahip olan kişiler herhangi bir rahatsızlık durumunda iyileşmek için çeşitli uygulamalara bilinçli olarak başvurabilmektedirler. Kadın ve erkekler arasında sağlık bilgisine sahip olma bakımından farklılık olup olmadığı konusunda çeşitli görüşler bulunmaktadır. Turner'e göre (2011: 132) kadınlar sağlıkla ilgili konularla sosyalleşmektedirler. Bu nedenle sağlık bilgisine daha çok sahiptirler. Sosyal ağ, internet ve televizyon aracılığı ile kadınların daha çok sağlık bilgisine sahip olduklarını ifade eden görüşler de bulunmaktadır (Bird ve Rieker, 1999; Pandey vd., 2003; Reed, 2012).

Araştırmada cinsiyet ile sağlığı hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olmak arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Örnekleme dâhil olan kişilerin yaklaşık yarısı (%48,4) sağlığı ile ilgili yeteri kadar bilgiye sahip olmadıklarını dile getirmişlerdir. Kişilerin sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmamaları, sağlık kontrolünden geçmemeleri, sağlık eğitimi almamaları, kitle iletişim araçlarından ve kişilerarası iletişim vasıtasıyla sağlık bilgileri edinememeleri bu yönde bir sonucun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

5.5. Cinsiyet - Riskli Sağlık Davranışları İlişkisini Gösteren Bulgular

Toplumda kişilerin sağlığını tehdit eden, hastalıklara ve çeşitli sakatlıklara davetiye çıkaran davranışlardan bazıları da riskli sağlık davranışları olarak nitelendirilebilir. Riskli sağlık davranışları kişilerin sağlıklarını bedensel, psikolojik ve sosyal olarak olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Cinsiyet ile riskli sağlık davranışları arasında bir ilişki olduğunu dile getiren birçok çalışma (Connell, 2012;

Courtenay, 2000; Gabe vd., 2005; Isacco, 2013; Waldron, 1997: 308-318; Walsh, 2004: 75) bulunmaktadır. Bu çalışmalarda genel olarak erkeklerde riskli sağlık davranışlarının daha yaygın görüldüğü ifade edilmektedir ve bu durum biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlere dayandırılmaktadır.

Araştırmada cinsiyet ve riskli sağlık davranışları ilişkisi ortaya koymak amacı ile ilk olarak uyuşturucu madde kullanma, zayıflama ilacı kullanma, kavga sonucunda yaralanma, trafik ve ev kazası geçirme gibi çeşitli riskli sağlık davranışları ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik bulgular tablolaştırılmıştır. İkinci olarak emniyet kemeri kullanma ile cinsiyet ilişkisini gösteren tabloya yer verilmiştir. Üçüncü olarak ise cinsiyet ve alkol-sigara kullanma ilişkisini gösteren tabloya yer verilmiştir.

Tablo 5.5.1. Cinsiyet Çeşitli Riskli Sağlık Davranışları Arasındaki İlişki

Riskli Sağlık Davranışları		Erkek		Kadın						
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam	X ²	sd	p
İntihar Etmeyi Düşünme	N	22	218	240	22	206	228	0,032	1	0,858
	%	9,2	90,8	100	9,6	90,4	100			
İntihar Girişiminde Bulunma	N	14	226	240	13	215	228	0,004	1	0,951
	%	5,8	94,2	100	5,7	94,3	100			
Uyuşturucu Madde Kullanma	N	28	211	239	7	220	227	12,487**	1	0,000
	%	11,7	88,3	100	3,1	96,9	100			
Zayıflama İlacı Kullanma	N	13	226	239	19	209	228	1,531	1	0,126
	%	5,4	94,6	100	8,3	91,7	100			
Protein Tozu vb. Kullanma	N	23	217	240	19	209	228	0,224	1	0,636
	%	9,6	90,4	100	8,3	91,7	100			
Kavga Sonucunda Yaralanma	N	49	191	240	16	212	228	17,552**	1	0,000
	%	20,4	79,6	100	7	93	100			
Ev Kazası Geçirme	N	37	202	239	75	153	228	19,408**	1	0,000
	%	15,5	84,5	100	32,9	67,1	100			
Trafik Kazası Geçirme	N	100	140	240	47	181	228	24,054**	1	0,000
	%	41,7	58,3	100	20,6	79,4	100			

** p< 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Toplumda kiřilerin sahip olduđu riskli sađlık davranıřları sađlık dűzeylerini olumsuz yűnde etkileyebilmektedir. Riskli sađlık davranıřlarından biri intihar dűřűncesine sahip olmak ve intihar giriřiminde bulunmaktadır. İntihar giriřiminde bulunmak ve intihar dűřűncesine sahip olmak ruhsal bir problem olarak da karřımıza çıkabilmektedir. İntihar giriřiminde bulunan kiřiler zaman zaman hayatlarını kaybedebilmektedirler. Kimi zamanda bedenlerine verdikleri hasar sonucunda hastalanabilmekte ya da sakat kalabilmektedirler. İntihar giriřiminde bulunmak ve intihar dűřűncesine sahip olmak kiřilerin sađlıklarını sosyal ve psikolojik olarak da olumsuz yűnde etkileyebilmektedir.

Kadınlar daha çok intihar giriřiminde bulunmaktadırlar. Ama erkeklerin giriřimleri daha çok lűmle sonuçlanmaktadır. űnkű erkekler lűme gtűren yűntemleri daha çok kullanabilmektedirler. İntihar giriřimi ve intihar dűřűncesi ile cinsiyet iliřkisini ele alan bazı çalıřmalarda (Connell, 2012; Gabe vd., 2005; Goldberg, 2010: 2010; Isacco vd., 2013) erkeklerde intihar giriřiminin kadınlara göre daha yűksek oranda olduđu ifade edilmektedir. Kadınlarda intihar dűřűncesinin yaygın olduđunu ifade eden çalıřmalar da söz konusudur (Bird ve Rieker, 2008: 30). Erkeklerde intihar giriřiminin daha fazla oranda olmasını toplumsal rollere (Connell, 2012; Gabe vd., 2005) ve kiřilerarası iliřki eksikliđine (Goldberg, 2010: 175) bađlayan grűřler de bulunmaktadır.

űlkemizde intiharlar űzerine çeřitli çalıřmalar yapılmıřtır. Polatzű ve arkadaşlarının Sivas rnekleminde yaptıkları çalıřmada kadınların erkeklere göre daha çok intihar dűřűncesine sahip oldukları ve intihar planı yaptıkları ifade edilmektedir (Polatzű vd., 2011: 18). atak ve arkadaşlarının (2015: 39) Bursa’da, řevik ve arkadaşlarının (2012: 218) Kastamonu’da, Arslan ve arkadaşlarının (2008: 11) Hatay’da yaptıkları arařtırmalara göre de kadınların erkeklere göre daha fazla intihar giriřiminde bulundukları ifade edilmektedir. Ancak yapılan çalıřmada cinsiyet ile intihar giriřiminde bulunma ve intihar dűřűncesine sahip olma arasında bir iliřki bulunmamıřtır. Toplumda kiřilerin intihar giriřiminde bulunduklarını ve intihar dűřűncesine sahip olduklarını ifade etmeleri oldukça zor olabilmektedir. űnkű bu tűr davranıřlarda bulunanlar toplum tarafından damgalanabilmektedir. Bu nedenle kiřiler bu tűr bilgileri bařkalarına verme konusunda problem yařayabilmektedirler.

Toplumda bireylerin sağlıklarını tehdit eden unsurlardan biri de uyuşturucu madde kullanmaktır. Uyuşturucu madde kullanmak uyuşturucu madde bağlılığı adıyla ruhsal bir hastalık olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Cinsiyet ile uyuşturucu madde kullanma arasındaki ilişkiyi ele alan bazı çalışmalarda (Doyal, 2009: 428; Isacco, 2013) erkeklerin kadınlara oranla daha çok uyuşturucu madde kullandıkları dile getirilmektedir. Ayrıca erkeklerin uyuşturucu bağımlılığına yakalandıklarını ileri süren alışmalar (Doyal, 2009: 428; Kronenfeld, 2006: 475) da söz konusudur. Ülkemizde uyuşturucu kullanımına yönelik araştırmalar genel olarak üniversite öğrencileri üzerinde uygulanmıştır. Varol ve arkadaşları (2009: 127), şimşek ve arkadaşları (2007: 21) ve Ulukoca ve arkadaşları (2013: 232) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmalarda erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha yüksek düzeyde uyuşturucu madde kullandıkları ifade edilmektedir.

Yapılan araştırmada uyuşturucu madde kullanma bakımından geçmişte yapılan çalışmalarla benzer bir sonuç ortaya çıkmıştır. Cinsiyet ile uyuşturucu madde kullanma arasında istatistik olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$). Toplumda erkeklerin uyuşturucu madde kullanmalarının sebepleri sosyal ve psikolojik temellere göre açıklanabilir. İlk olarak toplumlarda erkeklere verilen dayanıklılık, korkusuzluk, bağımsızlık, duygusuzluk gibi özellikler onların uyuşturucu madde kullanma oranlarının artmasına neden olabilmektedir. Uyuşturucu kullanmak kimi zaman erkekler arasında bir cesaret göstergesi olarak algılanabilmektedir. Bu nedenle erkekler cesur olduklarını göstermek için uyuşturucu madde kullanabilmektedirler. Erkeklerin kadınlara göre daha bağımsız yetiştirilmeleri de onların uyuşturucu maddelere daha kolay ulaşmalarına neden olabilmektedir. Erkeklerin kadınlara göre uyuşturucu maddeleri daha fazla kullanmalarının bir diğer nedeni ise kişilerarası ilişkilerinin yetersiz olmasıdır. Başkaları ile problemlerini paylaşamayan erkekler, söz konusu problemleri unutmak için uyuşturucu madde kullanmayı tercih edebilmektedirler. Uyuşturucu madde kullanan erkek çocukları üzerinde akranlarının etkileri de göz ardı edilmemelidir. Kadınlara göre daha fazla uyuşturucu madde kullanan erkeklerin uyuşturucu madde bağımlılığına, çeşitli ruhsal ve bedensel hastalıklara maruz kalma risklerinin bulunduğu ifade edilebilir.

Toplumlarda erkek ve kadın bedenleri toplum, medikalizasyon süreci ve medya vasıtasıyla inşa edilebilmektedir. İdeal kadın ve erkek bedenine sahip olmak isteyen

pek çok kişi sağlığını tehlikeye sokucu davranışlar sergileyebilmektedir. İdeal ve zayıf bir bedene sahip olmak isteyen kadınların zayıflama ilacı kullanma gibi sağlıklarını tehlikeye atan uygulamalara başvurduklarını dile getiren alışmalar (Blood, 2005; İnoz, 2012: 213) bulunmaktadır. Ayrıca erkeklerin kaslı bir görünüme sahip olmak için protein tozu ve steroid gibi çeşitli ilaçlar kullanarak sağlıklarını tehdit ettiklerini dile getiren alışmalar (Terre, 2013) da söz konusudur.

Kadın ve erkek bedenlerinin inşası konusunda yapılan çalışmalarda, kadın bedeninin erkek bedenine göre daha görünür olduğu, medikalizasyon süreci ile birlikte zayıf kadın bedenlerinin ve kaslı erkek bedenlerinin inşa edildiği vurgulanmaktadır. Medyanın ise tıbbileştirme sürecinin daha geniş kitleleri etkilemesine katkı sağladığı ifade edilmektedir. Genel olarak kadın bedeninin erkek bedenine göre daha çok müdahale edildiği dile getirilmektedir (Erdoğan, 2014; Koca ve Bulgu, 2005: 16; Paquette ve Raine, 2004; Sancar, 20123: 246; Sezgin, 2015: 159). Ancak yapılan çalışmada cinsiyet ile zayıflama ilaçları kullanma ve protein tozu vb. ilaç kullanma arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Karaman tipik bir Anadolu kentidir ve daha çok geleneksel bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Dolayısıyla medyada ve medikalizasyon sürecinde zayıf kadın bedenleri, kaslı erkek bedenleri ön plana ıkarılrsa da, bu tarz ideal bedenlere sahip olmak için yanlış sağlık uygulamalarına başvuran kişilerin oranının düşük olduğu ifade edilebilir.

Toplumlarda kişilerin sağlıklarını tehdit eden riskli sağlık davranışlardan bir diğeri de fiziksel şiddete başvurmaktır. Başkalarına karşı şiddet gösteren kişiler bir yandan kendi sağlıklarını, diğer yandan karşısındaki kişilerin sağlığını tehlikeye sokabilmektedirler. Cinsiyet ve şiddet arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmaların (Dökmen, 2010: 161; Tarhan, 2005: 192; Zeybekoğlu, 2013: 93-94) ortak noktası erkeklerin kadınlara oranla daha çok şiddet gsterdikleridir. Erkeklerin kadınlara oranla daha çok şiddet göstermesini biyolojik ve hormonal yapıya (Connell, 1998: 105; Gökdağ, 2011: 138), erkeklerin hislerini rahatlıkla ifade edememelerine (Tarhan, 2005: 182), toplumsal cinsiyet rollerine bağlayan (Goldberg, 2010: 72; Yaşar, 2007: 268) alışmalar bulunmaktadır. elik ve Kocabıyık'ın genç yetişkinlerin saldırganlık davranışları üzerinde yaptıkları araştırmaya (2014: 145) katılan erkeklerin kadınlara oranla daha fazla oranda fiziksel ve sözel saldırganlık düzeyine sahip oldukları dile getirilmiştir.

Tablo 5.5.1’de görüleceği üzere cinsiyet ile kavga sonucunda yaralanma arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki söz konusudur ($p=0,000$). Örnekleme dâhil olan erkekler kadınlara göre daha fazla oranda yaralanma ile sonuçlanan ya da hastanede tedavi olmak zorunda kaldıkları bir kavganın içinde bulunduklarını ifade etmişlerdir. Toplumsallaşma sürecinde erkeklere cesaret, güçlü olma, dayanıklı olma, gerektiğinde şiddete başvurabilme gibi roller verilebilmektedir. Söz konusu roller erkeklerin daha çok saldırganlık davranışı göstermelerine neden olabilmektedir. Saldırganlık davranışı gösteren erkekler ise yaralanma gibi sağlığı tehdit edici durumlarla karşı karşıya gelebilmektedirler. Hatta kimi zaman erkekler kavga sonucunda hayatlarını kaybedebilmektedirler. Toplumda “erkek adam korkmaz, gözü kara olur” gibi söylemler erkeklerin bu tarz davranışlarını artırabilmektedir. Üstelik sadece saldırganlık davranışını gösteren kişinin kendisi değil, saldırganlık davranışına maruz kalan kişilerin de sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmektedir.

Sağlık için risk oluşturan unsurlardan biri de ev kazalarıdır. Ev kazalarına maruz kalan kişiler, kesik, yanık, düşme gibi faktörler sonucunda sağlıklarını kaybedebilmektedirler. Cinsiyet ve ev kazası ile ilgili ilişkiye bakıldığında kadınların ev kazalarına erkeklere oranla daha çok maruz kaldıkları ifade eden çalışmalar (Özçelik Adak, 2002:169) söz konusudur. Sütoluk ve arkadaşları (2007: 31) ile Yıldırım ve arkadaşları (2016: 70) çalışmalarında kadınların erkeklere göre daha yüksek düzeyde ev kazası sonucunda hastaneye başvurdıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 5.5.1.’de görüleceği üzere yapılan diğer çalışmalarla benzer bir şekilde cinsiyet ile ev kazası geçirme arasında istatistiki olarak bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,000$). Kadınlar erkeklere oranla daha fazla ev kazası geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Toplumsal yaşamda erkekler daha çok ev dışında ücret getirici işlerle, kadınlar ise ev içindeki işlerle ilişkilendirilmektedir. Günümüzde kadınların giderek daha fazla oranda çalışma yaşamına dâhil olmaktadır, bu nedenle ev içindeki işleri eşleriyle paylaşabilmektedirler. Ancak bu yönde bir değişime rağmen yine de ev işleri ile ilgili sorumluluğu daha kadınlar üstlenmektedirler. Bu nedenle kadınlarda ev kazası görülme düzeyi erkeklere göre yüksek seviyededir.

Trafik kazaları kişilerin hayatlarını kaybetmelerine, yaralanmalarına ya da sakat kalmalarına neden olan faktörlerden biridir. Cinsiyet ve trafik kazası arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalarda (Connell, 2012; Gabe vd.,2005) erkeklerin kadınlara oranla daha

fazla trafik kazasına maruz kaldıkları ifade edilmektedir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda (Bilgin vd., 2011: 93; Küçük ve Aksu, 2003; Özen vd., 2014:7 Varol vd., 2006) da kadınların erkeklere göre daha fazla trafik kazası geçirdikleri dile getirilmektedir. Yapılan çalışmada da cinsiyet ile trafik kazası geçirme arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır ($p=0,000$). Örnekleme dâhil olan erkekler kadınlara oranda daha fazla oranda trafik kazası geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Erkeklerin kadınlara oranla daha çok kaza geçirmelerinin nedenlerinden biri kadınlara oranla daha fazla araba kullanmalarıdır. Diğer yandan toplumda erkeklere verilen cesret, korkusuzluk gibi cinsiyet rolleri onların yüksek hızda araba kullanma, alkollü araba kullanma gibi davranışlar sergilemelerine neden olabilmektedir. Yüksek hızda ve alkollü araba kullanan erkeklerde ise trafik kazası yapma riski yükselebilmektedir. Dolayısıyla erkekler trafik kazalarına daha çok maruz kalabilmektedirler.

Tablo 5.5.2. Cinsiyet- Emniyet Kemerinin Kullanma İlişkisi

		Erkek				Kadın						
		Evet	Hayır	Bazen	Top.	Evet	Hayır	Bazen	Top.	X ²	sd	p
Emniyet Kemerinin Kullanma	N	153	36	50	239	142	40	45	227			
	%	64	15,1	20,9	100	62,6	17,6	19,8	100	0,575	2	0,750

Araç içinde emniyet kemeri kullanma trafik kazalarının kişiler üzerindeki hasar düzeyini azaltabilmektedir. Bu nedenle emniyet kemeri kullanmama riskli sağlık davranışı olarak kabul edilebilir. Emniyet kemeri kullanma ile cinsiyet arasında ilişki olduğunu dile getiren çalışmalarda (Isacco, 2013) erkeklerin kadınlara göre daha az oranda emniyet kemeri kullandıkları ifade edilmektedir. Emniyet kemeri takmama erkeksi rolle ilişkilendirilmektedir. Ayrıca ülkemizde Şimşek ve arkadaşlarının (2007: 21) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha fazla düzeyde emniyet kemeri kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ancak yapılan çalışmada cinsiyet ile emniyet kemeri kullanma arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Örnekleme katılan erkek ve

kadınlara benzer oranlarda emniyet kullandıklarını ifade etmişlerdir. Ancak burada önemli bir nokta araştırmaya katılan kişilerin azımsanmayacak ölçüde (%16,3) emniyet kemerini kullanmamalarıdır. Aynı zamanda bazen emniyet kemeri kullanan kişilerin oranı %20,4'tür. Ülkemizde hemen hemen her gün trafik kazası sonucunda kişiler hayatlarını kaybetmekte ya da sakat kalmaktadırlar. Bu nedenle kişilerin araba kullanırken ve seyahat ederken emniyet kemeri kullanmaları son derece önemlidir. Örneklemeye dâhil olan kişilerin %36,7'sinin hiçbir zaman ya da bazen emniyet kemeri kullanmamalarının olası bir trafik kazasında yaralanmalarına ya da ölmelerine davetiye çıkarabileceği öngörülebilir.

Tablo 5.5.3. Cinsiyet – Sigara ve Alkol Kullanma Arasındaki İlişki

	Kullanma Durumu	Erkek		Kadın		Toplam		X ²	sd	p
		N	%	N	%	N	%			
Sigara	Hiç Kullanmadım	86	35,7	147	64,5	233	49,7	52,975**	3	0.000
	Arasıra Kullanıyorum	27	11,2	33	14,5	60	12,8			
	Düzenli Kullanıyorum	92	38,2	32	14	124	26,4			
	Eskiden Kullanıyordum	36	14,9	16	7	52	11,1			
Alkol	Hiç Kullanmadım	140	58,1	202	88,6	342	72,9	55,989**	3	0.000
	Arasıra Kullanıyorum	59	24,5	18	7,9	77	16,4			
	Düzenli Kullanıyorum	14	5,8	2	0,9	16	3,4			
	Eskiden Kullanıyordum	28	11,6	6	2,6	34	7,2			

** p< 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Sigara ve alkol kullanma toplumda bireylerin sağlıklarını tehlikeye atan riskli sağlık davranışlarındandır. Sigara kullanımı solunum sistemi hastalıklarına, alkol kullanımı ise karaciğer hastalıklarının yanısıra alkol bağımlılığı, çeşitli kaza ve

yaralanmalar gibi sağlık problemlerine davetiye çıkarabilmektedir. Alkol ve sigara kullanma çeşitli toplumsal faktörlere ilişkilidir. Bu faktörlerden biri de cinsiyettir.

Literatürde genel olarak erkeklerin kadınlara göre daha çok sigara ve alkol kullandıkları ifade edilmektedir (Goldberg, 2010; Isacco, 2013; Terre, 2013; Zeybekoğlu, 2013: 93,94). Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2014 yılında yaptığı sağlık araştırmasında (TÜİK, 2014), şimşek ve arkadaşları (2007: 21), Ulukoca ve arkadaşları (2013: 231) ve Keskin ve arkadaşları (2014:346) tarafından yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre daha fazla oranda sigara ve alkol kullandıkları belirtilmektedir.

Literatür ile uyumlu olarak yapılan çalışmada da alkol ve sigara kullanma ile cinsiyet arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Örnekleme dâhil olan erkekler kadınlara göre daha fazla oranda sigara ve alkol kullandıklarını ifade etmişlerdir. Hiç sigara ve alkol kullanmayan kadınların oranı erkeklerden yüksek seviyededir. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla alkol ve sigara kullanmalarının çeşitli toplumsal ve psikolojik temelleri bulunabilmektedir.

Toplumlarda erkeklerin kadınlara göre daha çok sigara ve alkol kullanmaları ilk olarak toplumsal cinsiyet rollerine göre açıklanabilir. Sosyal inşa (Lorber ve Moore, 2002: 1-4) ve sosyal rol teorilerine (Walsh vd., 1995: 136) göre toplumlara erkek ve kadınlara verilen cinsiyet rolleri onların riskli sağlık davranışları üzerinde etkili olabilmektedir. Erkeklere verilen bağımsız, cesur, dayanıklılık gibi roller onların sigara ve alkol gibi sağlığa zararlı maddeleri kullanmaya yöneltebilmektedir. Kadınlara verilen zayıf, dayanıksız bağımlı gibi roller ise bu tarz riskli sağlık davranışların daha az sergilenmesine neden olabilmektedir.

Genel olarak erkek çocukların kız çocuklarına göre daha bağımsız ve özgür bir biçimde yetiştirilmeleri alkol (Bkz. Ek-1, Tablo 1) ve sigara (Bkz. Ek-1 Tablo 2) kullanımına daha erken yaşta başlamalarına neden olabilmektedir. Özellikle erkekler arasında ergenlik çağında geliştirilen arkadaşlıklar alkol ve sigara kullanımını artırabilmektedir. Bu yaşlardaki erkekler çocuklar erkekliklerini ispat etmek için sigara ve alkol kullanabilmektedirler. Aynı zamanda toplumda erkeklerin sigara ve alkol kullanmalarının kadınlara göre daha normal karşılanması da erkeklerin bu doğrultuda davranışlar sergilemelerine neden olabilmektedir.

Toplumsal yaşamda erkek ve kadınlar çeşitli problemlerle karşı karşıya gelebilmektedirler. Sosyal sermayeye daha çok sahip olan ve duygularını rahat bir şekilde ifade edebilen kadınlar için problemlerin dile getirilmesi kolay olurken, erkekler problemlerini başkalarına anlatmada zorluk yaşayabilmektedirler. Dolayısıyla problemlerini başkalarına rahat bir şekilde anlatamayan erkekler rahatlamak için alkol ve sigara kullanmına başvurabilmektedir.

Toplumlarda kadınlara alkol ve sigara kullanmalarına yönelik baskı uygulanması, bağımlı yetiştirilmeleri gibi faktörler onların alkol ve sigaraya erişimini ve bu maddeleri kullanmalarını engelleyebilmektedir. Bu nedenle kadınları sigara ve alkol kullanmaya bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklara daha az yakalanacakları öngörülebilir.

Tablo 5.5.4. Ailede Şiddet Uygulayan Kişinin Cinsiyeti

Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Erkek	27	5,8	5,8
Şiddet Uygulayan Yok	440	93,8	94,2
Toplam	467	99,6	100,0
Cevapsız	2	,4	
Toplam	469	100,0	

Toplumlarda kişilerin sağlıklarını bedensel, sosyal ve psikolojik açıdan tehdit eden unsurlardan biri de aile içi şiddettir. Geçmişte pek çok kişi aile içi şiddet sonucunda sağlığını yitirmiş, sakat kalmış ya da hayatını kaybetmiştir ve bu durum günümüzde de devam etmektedir. Bu nedenle araştırmaya katılan kişilere aile içinde şiddet uygulanıp uygulanmadığı sorulmuştur. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu (%94,2), aile içinde şiddet uygulanmadığını dile getirmiştir. Sonraki aşamada kişilere aile içinde şiddet uygulayan kişinin cinsiyeti sorulmuştur. Elde edilen verilere göre aile içi şiddet uygulayanların tamamı (%5,8) erkekler tarafından oluşturulmuştur.

Erkeklerin kadınlara göre daha çok şiddet göstermeleri biyolojik ve sosyal faktörlere bağlı olarak açıklanabilir. Biyolojik olarak erkeklerin sağladığı hormonların onları şiddete eğilimli hale getirdiğini ileri süren görüşler bulunmaktadır

(Gökdağ, 2011: 138). Ayrıca toplum tarafından erkeklere verilen şiddete başvurma, saldırganlık, korkusuzluk gibi toplumsal cinsiyet rollerinin verilmesi, erkeklerde bu tarz davranışların daha yaygın olarak görülmesine olanak sağlayabilmektedir.

Tablo 5.5.5. Ailede Şiddet Uygulanan Kişilerin Cinsiyeti

Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Erkek	5	1,1	1,1
Kadın	11	2,3	2,4
Erkek ve Kadın	9	1,9	1,9
Çocuklar	2	,4	,4
Şiddet Uygulayan Yok	440	93,8	94,2
Toplam	467	99,6	100,0
Cevapsız	2	,4	
Toplam	469	100,0	

Tablo 5.5.7’de görüldüğü gibi erkeklerin aile içinde en çok şiddet uyguladıkları kişiler ise sırasıyla kadınlar (%2,3), erkek ve kadınlar (%1,9), erkekler (%1,1) ve çocuklardır (%0,4). Altınay ve Arat (2007: 78) tarafından yapılan çalışmada da kadınların fiziksel şiddete maruz kaldıkları ifade edilmektedir. Aile içi şiddete maruz kalan kişiler kafa travması, yaralanma, organ zedelenmeleri gibi bedensel problemlere maruz kalmaları sonucunda hastalanabilmekte, sakat kalabilmekte ya da hayatlarını kaybedebilmektedirler. İkinci olan şiddete maruz kalan kişilerin ruh sağlıkları bozulabilmektedir. Üçüncü olarak ise sosyal yaşamdan uzaklaşabilmekte, topluma karşı yabancılaşabilmektedirler. Bu nedenle şiddetin sağlığı bedensel, ruhsal ve sosyal olarak etkilediği ifade edilebilir.

5.6. Cinsiyet - Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma ve Bakım Vericilik İlişkisini Gösteren Bulgular

Toplumda kişilerin sağlık ve hastalık statüsünü belirleyen en önemli unsurlardan biri de sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyidir. Çünkü günümüzde bir kişinin sağlıklı ya da hasta olduğuna karar verici pozisyonda olan kişiler hekimlerdir. Sağlık kuruluşuna başvuran kişiler çeşitli testlerden, tahlillerden, muayene süreçlerinden geçerek sağlıklı ya da hasta olup olmadıkları hakkında bilgiye sahip olabilmektedirler. Bu nedenle rahatsızlık sonucunda hastaneye giden kişilerin gitmeyenlere oranla daha

çok hastalığa sahip oldukları ifade edilebilir. Aslında burada önemli olan nokta, kişilerin hastalıklarına tanı konulmasıdır. Hastalıklar, tanı konulduktan sonra meşruluk kazanmaktadır.

Kişiler her zaman sağlık kuruluşuna başvurduktan sonra kendilerinde hastalık bulunduğunu ifade etmemektedirler. Bunun yanı sıra sosyal ağ ve medya gibi etkenler vasıtasıyla sağlık hakkında bilgi edinerek zaman zaman kendi kendilerine teşhis koyabilmektedirler. Özellikle internetin sağlık konusunda kullanımının giderek yaygınlaşması sonucunda kişilerin kendi kendilerine daha fazla oranda teşhis koydukları söylenebilir.

Günümüzde sağlıklı ve uzun süre yaşamak birçok kişi için oldukça önemli hale gelmiştir. Bu nedenle kişiler henüz hastalanmadan sağlık kuruluşlarına başvurarak sağlık kontrolünden geçebilmektedirler. Böylelikle sağlıkları ve hastalıkları hakkında bilgi edinerek daha sağlıklı yaşayabilmek için çözüm önerileri alabilmektedirler.

Toplumda bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeylerini etkileyen faktörlerden biri sağlık güvencesine sahiplik durumudur. Sağlık güvencesine sahip olanlar hastalandıklarında sağlık kuruluşlarına başvurma konusunda problem yaşamamaktadırlar. Ancak sağlık güvencesine sahip olmayanlar, sağlık giderlerini kendiler karşılamak zorundadırlar. Bu nedenle sağlık hizmetlerine başvurmada engellerle karşılaşabilmektedirler.

Sağlık kuruluşlarına başvurulduğunda kişilerin tedavi ya da sağlıkla ilgili çeşitli uygulamalar konusunda cinsiyet tercihleri olabilmektedir. Aynı cinsiyet tercihleri evde bakım hizmetleri hususunda da yaşanabilmektedir. Söz konusu cinsiyet tercihlerinin altında çeşitli psikolojik ve toplumsal nedenler yatabilmektedir.

Cinsiyet ile sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bakım vericilik başlığı arasındaki ilişkilere ilişkin bulguların yer verildiği bu bölümde cinsiyet ile sağlık hizmetlerinden faydalanma, bedende herhangi bir rahatsızlık hissedildiğinde ilk olarak ne yapıldığı, hastalık durumunda sağlık kuruluşuna gitmek için başkalarından izin alma durumu, sağlık kontrolü yaptıрма, dış hekime başvurma, sağlık giderlerini karşılayan kurum arasında ilişki olup olmadığına ilişkin tablolara yer verilmiştir. Aynı

zamanda çalışmanın bu kısmında ailede biri hastalandığında ona en iyi bakım hizmetinin hangi cinsiyete sahip kişiler tarafından verilebileceğine yönelik tablo da bulunmaktadır.

Tablo 5.6.1. Cinsiyet - Hastalık Durumunda Sağlık Kuruluşuna Ne Zaman Başvurulduğu İlişkisi

Cinsiyet	Hemen Giderim	Birkaç Gün Sonra Giderim	Bir Hafta Sonra Giderim	Hiç Gitmem	Diğerleri	Toplam
Erkek N	80	115	21	18	6	240
%	33,3	47,9	8,8	7,5	2,5	100
Kadın N	72	113	29	3	10	227
%	31,7	49,8	12,8	1,3	4,4	100
Toplam N	152	228	50	21	16	467
%	32,5	48,8	10,7	4,5%	3,4	100

$X^2=13,081^*$ sd=4 **p=0,011**

* p< 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Toplumlarda genel olarak kendisinde rahatsızlık hissedenden kişilerden beklenen sağlık kuruluşuna gitmeleri, hastalıklarına teşhis konulması ve tedavi olmalarıdır. Ancak bireyler sağlık kuruluşuna başvurup başvurmama ya da başvurunun zamanlaması hususunda farklı davranışlar sergileyebilmektedirler. Sağlık konusunda bilgi düzeyi, meslek, eğitim düzeyi, kentte ya da kırdan yaşam, sağlık güvencesine sahip olup olmama gibi pek çok etken kişilerin sağlık kuruluşuna başvurma düzeylerini etkileyebilmektedir. Sağlık kuruluşuna başvurma düzeyini etkileyen faktörlerden biri de kuşkusuz cinsiyettir.

Cinsiyet ve sağlık kuruluşuna başvurma arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalarda erkeklerin erkeksi rollerinden dolayı sağlık kuruluşlarına kadınlardan daha az başvurdukları belirten çalışmaların (Broom, 1995; Terre, 2013) yanısıra cinsiyetler arasındaki eşitsizlik, kültürel değerler gibi nedenlerle kadınların sağlık kuruluşlarına daha az başvurduklarını ifade eden çalışmalar (Akın ve Demirel, 2003: 81; Özvarış, 2008: 169; Sezgin, 2015: 159) da bulunmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun

yapmış olduğu sağlık araştırmasına (TÜİK, 2013: 29) göre erkeklerin sağlık kuruluşuna başvurma oranları kadınlara göre düşük seviyededir.

Tablo 5.6.1.'de görüldüğü üzere örnekleme katılan kişilere hastalık durumunda sağlık kuruluşuna ne zaman başvurdıkları sorulmuş ve cinsiyetler arasında bir karşılaştırma yapılmıştır. Yapılan ki kare analizinde cinsiyet ile sağlık kuruluşuna başvurma zamanı arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,011$). Analiz sonucuna göre cinsiyet ile sağlık kuruluşuna hemen gitme, birkaç gün sonra gitme arasında önemli bir fark görülmemektedir. Ancak sağlık kuruluşuna bir hafta sonra gitme oranı kadınlarda erkeklerden yüksekken, erkeklerin sağlık kuruluşuna hiç gitmeme oranı daha yüksek seviyededir. Burada önemli olan nokta erkeklerin hastalık durumunda sağlık kuruluşuna başvurmama oranının kadınlardan daha yüksek düzeyde olmasıdır.

Erkeklerin kadınlara göre hastandıkları zaman sağlık kuruluşuna başvurmama oranının yüksek olması ilk olarak erkeksi cinsiyet rolüne göre açıklanabilir. Toplumda erkeklere dayanıklılık, güçlü olma gibi rollerin verilmesi onların hastalıklarını kabul etmelerine ve sağlık kuruluşuna başvurmalarına engel olabilmektedir.

Erkeklerin kadınlara göre hastalık kuruluşuna başvuramalarının bir diğere nedeni toplumsallaşma ve cinsiyetler arasındaki işbölümüne dayalı olarak açıklanabilir. Toplumsallaşma sürecinde kadınların erkeklere göre sağlıkla ilgili bilgilere karşı daha duyarlı yetiştirilmeleri, annelik gibi rolleri, medya ve sosyal ağlar aracılığıyla sağlık konusunda daha çok bilgi edinmeleri gibi nedenler sağlık konusunda daha duyarlı olmalarını beraberinde getirebilmektedir. Dolayısıyla kadınların sağlık kuruluşlarına başvurma oranları erkeklerden daha yüksek düzeyde olabilmektedir.

Araştırma kent merkezinde yağıldığı için sağlık hizmetlerine uzak mesafe nedeniyle ulaşamama gibi bir durum söz konusu değildir. Bu nedenle genel olarak araştırmaya katılan kişilerin sağlık kuruluşuna hemen ya da bir süre sonra başvurdıkları ifade edilebilir. Bu sonuç, örnekleme dâhil olan kişilerin modern tıba verdikleri önemle de açıklanabilir.

Tablo 5.6.2. Cinsiyet - Bedende Herhangi bir Rahatsızlık Hissedildiğinde İlk Olarak Ne Yapıldığı İlişkisi

Cinsiyet	Hastaneye Giderim	Evde Bulunan İlaçlardan Kullanım	Eczaneden İlaç Alıp Kullanım	Geleneksel Tıbbi Uygulamalara Başvururum	Rahatsızlığın Zamanla Geçmesini Beklerim	Toplam
Erkek N	126	51	10	13	40	240
%	52,5	21,3	4,2	5,4	16,7	100
Kadın N	113	73	5	12	24	227
%	49,8	32,2	2,2	5,3	10,6	100
ToplamN	239	124	15	25	64	467
%	51,2	26,6	3,2	5,4	13,7	100

$X^2=9,963^*$ sd=4 **p=0,041**

* p< 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Toplumlarda bireyler kendilerinde bedensel bir rahatsızlık hissettiklerinde, bu rahatsızlıktan kurtulmak için çeşitli uygulamalara başvurabilmektedirler. Başvurulan bu uygulamalar daha önce böyle bir rahatsızlığı yaşama durumu, sağlık konusunda bilgi düzeyi, içinde yaşanılan toplumsal ve kültürel yapı, kent ya da kırdaki yaşam, cinsiyet gibi çeşitli faktörlerle ilişkilendirilebilir.

Araştırmada cinsiyet ile bedende herhangi bir rahatsızlık hissedildiğinde ilk olarak gösterilen davranış arasında ilişki olup olmadığını anlamak için ki kare analizi yapılmıştır. Yapılan analizde istatistiki olarak p< 0.05 düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,041). Örneklem dâhil olan erkek ve kadınlar arasında rahatsızlık durumunda ilk olarak hastaneye gitme, eczaneden ilaç alıp kullanma ve geleneksel tıbbi uygulamalara başvurma bakımından önemli bir farklılık görülmemektedir. Ancak kadınların evde bulunan ilaçlardan kullanma oranları (%32,2), erkeklerden (%21,3) yüksek düzeydedir. Ayrıca rahatsızlığın zamanla geçmesini bekleyen kadınların oranı (%10,6), erkeklerden (%16,7) düşük seviyededir.

Kadınların rahatsızlık durumunda ilk olarak evde bulunan ilaçlardan kullanmaları, rahatsızlıklara karşı daha dayanıksız olduklarına işaret ediyor olabilir. Erkeklerin erkeksi cinsiyet rollerinden dolayı acılara daha fazla katlanmaları evde

bulunan ilaçlardan kullanma oranını düşürebilir. Kadınların evde bulunan ilaçlardan kullanmalarına neden olan bir diğer faktöre de ilaçlar, sağlık ve hastalık konusunda daha fazla bilgiye sahip olmaları ile ilişkilendirilebilir. Erkeklerin bu tarz bilgilere daha az sahip olmaları, evde bulunan ilaçlardan daha az kullanmalarına yol açabilir. Kadınların evde bulunan ilaçları daha fazla kullanmalarına neden olan bir diğer faktör de kadınların erkeklere göre daha fazla sayıda hastalığa sahip olmalarından kaynaklanabilir (Bkn. Tablo 5.2.1.).

Araştırmada erkeklerin kadınlara göre bedensel bir rahatsızlık hissettiğinde öncelikle zamanla geçmesini daha fazla beklemeleri, toplumsal cinsiyet rollerine dayalı olarak açıklanabilir. Toplumda erkeklere verilen dayanıklı, güçlü, sağlıklı gibi roller onların hastalık durumunda sağlık kuruluşuna başvurmalarını ya da sağlıklarına tekrar kavuşmak için çeşitli uygulamalarda bulunmalarını engelleyebilir.

Tablo 5.6.3. Cinsiyet - Hastalık Durumunda Sağlık Kuruluşuna Gitmek İçin Başkasından İzin Alma İlişkisi

Cinsiyet		Sağlık Kuruluşuna Gitmek İçin İzin Alma			Toplam
		Evet	Hayır	Bazen	
Erkek	N	17	209	13	239
	%	7,1%	87,4%	5,4%	100,0%
Kadın	N	21	182	22	225
	%	9,3%	80,9%	9,8%	100,0%
Toplam	N	38	391	35	464
	%	8,2%	84,3%	7,5%	100,0%

$$X^2=4,181 \quad sd=2 \quad p=0,124$$

Hastalık durumunda kişiler sağlık kuruluşuna başvurmaları konusunda bazı engellerle karşılaşabilmektedirler. Söz konusu engeller sağlık hizmetlerine uzak mesafade yaşama, sağlık güvencesine sahip olmama ya da sağlık kuruluşuna başvurmanın başkasının iznine bağlı olması şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Hastalık durumunda sağlık kuruluşuna başvuramama ise hastalığın teşhis edilmemesine ya da geç teşhis edilmesine, hastalığı ilerlemesine hatta hayatın kaybedilmesine sebebiyet verebilmektedir.

Kişilerin içinde yaşadıkları toplum yapısı onların sağlık kuruluşlarına başvurma düzeylerini etkileyebilmektedir. Özellikle geleneksel toplumlarda kadınların toplumsal cinsiyet eşitizliği nedeni ile sağlık kuruluşuna başvurmaları eş ya da baba

gibi kişilerin iznine bağlı olabilmektedir (Ö. Adak, 2002: 171). Bu nedenle çalışmada kişilerin cinsiyetleri ile sağlık kuruluşuna başvurmak için başkalarından izin alma durumu arasındaki ilişkiyi görebilmek için analiz yapılmıştır. Ancak analiz sonucunda istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırmada bu yönde bir bulgu oryaya çıkmasının nedenlerinden biri örneklemin kent merkezinde yaşayanlardan oluşması olabilir. Çünkü kent merkezinde yaşayan kadınlar, kırsal kesimde yaşayanlara oranla sağlık hizmetlerine başvurma konusunda daha avantajlıdırlar. Bu yönde bir bulgunun ortaya çıkması, kadınlarının öz güvenlerinin yükselmesi ile de ilişkilendirilebilir.

Tablo 5.6.4. Cinsiyet - Sağlık Kontrolü Yaptırma İlişkisi

Cinsiyet		Sağlık Kontrolü		Toplam
		Evet	Hayır	
Erkek	N	69	171	240
	%	28,8%	71,3%	100,0%
Kadın	N	79	146	225
	%	35,1%	64,9%	100,0%
Toplam	N	148	317	465
	%	31,8%	68,2%	100,0%

$$X^2=2,166 \quad sd=1 \quad p=0,141$$

Günümüzde sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmek isteyen kişiler çeşitli aralıklarla sağlık kontrolünden geçerek, herhangi bir hastalık durumunda erken tedavi olma avantajından faydalanabilmektedirler. Kadın ve erkekler sağlık kontrolü yaptırma bakımından karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerini daha çok kullanan kadınların (Broom, 1995; Terre, 2013) sağlık kontrolünden de daha fazla geçtikleri öngörülebilir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun yapmış olduğu sağlık araştırmasında kadınların tansiyon, kan şekeri ve kolesterol kontrollerini erkeklere göre daha fazla oranda yaptırdıkları belirtilmiştir (TÜİK, 2013: 45).

Yapılan çalışmada ise cinsiyet ile sağlık kontrolü yaptırma arasında ilişki olup olmadığını anlamak için ki kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyet ile sağlık kontrolü yaptırma arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ancak Tablo 5.6.4'te görüldüğü üzere kadınlarda sağlık kontrolü yaptırma oranı erkeklerde göre daha yüksek seviyededir. Sağlık kontrolünden geçen kadınlarda

hastalık oranının erkeklerden yüksek seviyede olduğu ise Tablo 5.2.1’de görülmektedir.

Tablo 5.6.5. Cinsiyet -Diş Hekimine Gitme İlişkisi

Cinsiyet	Diş Hekimine Gitme			Toplam
	Diş hekimine gitmem	Diş problemim ortaya çıktığında giderim	Diş problemim olmasa da kontrol için giderim	
Erkek	N	15	196	25
	%	6,4%	83,1%	10,6%
Kadın	N	12	202	12
	%	5,3%	89,4%	5,3%
Toplam	N	27	398	37
	%	5,8%	86,1%	8,0%

$X^2=4,777$ sd=2 p=0,092

Toplumlarda bireylerin sağlıklarını koruyucu ve geliştirici unsurlardan biri de diş sağlıklarına verdikleri önemdir. Dişle ilgili problemler sadece diş ve ağız sağlığını etkilememektedir, aynı zamanda başka hastalıklara da davetiye çıkarabilmektedir. Bu nedenle araştırmada örnekleme dâhil olan kişilere diş hekimine gidip gitmedikleri sorulmuştur. Tablo 5.6.5’te de görüleceği üzere denekler en fazla oranda (%86,1) diş problemleri ortaya çıktığında diş hekimine gittiklerini ifade etmişlerdir. Cinsiyet ile diş hekimine gitme arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak örnekleme katılan kişilerin genel sağlık kontrolüne ilişkin bulgulara bakıldığında (Bkz.Tablo 5.6.4) diş sağlığına daha az önem verdikleri görülmektedir.

TÜİK’in yapmış olduğu sağlık araştırmasında erkeklerin %16,4’ü, kadınların %13,5’inin diş hekimine hiçbir zaman gitmediklerini ifade etmişlerdir (TÜİK, 2013: 28). Gökalp ve arkadaşları (2007) erişkin ve yaşlıların diş sağlığı üzerine bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada kadınlarda ve kırsal kesimlerde yaşayanlarda diş çürüklerine daha fazla rastlanılmıştır. Çalışmaya göre ülkemizde bireyler diş sağlığı hizmetlerinden sınırlı şekilde yararlanabilmektedirler, bu nedenle dişler genellikle tedavi edilememekte ve ağrı nedeniyle çekilebilmektedir. Yapılan çalışmada da genel olarak diğer çalışmalarla benzer bulgulara rastlanmıştır.

Tablo 5.6.6. Cinsiyet - Sağlık Giderini Karşıl原因 Kurum İlişkisi

Cinsiyet	Sağlık Güvencesi Yok	Emekli Sandığı	Bağ-Kur	SSK	Özel Sigorta	Yeşil Kart	Toplam
Erkek N	14	35	66	108	6	11	240
%	5,8%	14,6%	27,5%	45,0%	2,5%	4,6%	100%
Kadın N	5	49	37	113	2	21	227
%	2,2%	21,6%	16,3%	49,8%	,9%	9,3%	100%
Toplam N	19	84	221	221	8	32	467
%	4,1%	18,0%	47,3%	47,3%	1,7%	6,9%	100%

$X^2=19,653^{**}$ sd=5 p=0,001

****** p< 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Toplumda kişilerin sağlık güvencesine sahip olma durumları sağlık statülerini etkileyebilmektedir. Çünkü sağlık güvencesi olanların sağlık hizmetlerine erişimleri çok daha kolaydır. Sağlık güvencesine sahip olmayanlar ise sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamaktadırlar. Dolayısıyla hastalıklarına teşhis konulamamakta ve tedavi olamamaktadırlar. Bireyler emekli sandığı, bağ-kur, SSK, özel sigorta gibi sağlık güvencelerine sahip olabilmektedirler. Sahip olunan sağlık güvenceleri kişilerin mesleklerine göre değişebilmektedir. Bu nedenle erkekler kadar iş yaşamına dâhil olmayan kadınların sağlık güvencesine sahip olamadıkları öngörülebilir. Ancak yapılan çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda sağlık güvencesine sahip olmadıkları görülmektedir. Kendisi iş yaşamında bulunmayan kadınlar eşleri ya da babalarının sağlık güvencesinden yararlanabilmektedirler. Ayrıca erkeklere (%4,6) oranla da daha çok yeşil karta sahip olan kadınların (%9,3) daha yoksul oldukları düşünülebilir.

Tablo 5.6.7. Ailede Biri Hastalandığında Ona En İyi Bakımın Kadınlar Tarafından mı, Erkekler Tarafından mı Verileceği

Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Erkek	36	7,7	7,9
Kadın	417	88,9	92,1
Toplam	453	96,6	100,0
Cevapsız	16	3,4	
Toplam	469	100,0	

Araştırmada kişilere aile içinde biri hastalandığında ona kadınların mı yoksa erkeklerin mi daha iyi bakım verebileceği sorulmuştur. Cevapsız anketler analiz dışında tutulduğunda, ankete katılanların %92,1'si kadınların, %7,9'u erkeklerin daha iyi bakacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Görüldüğü üzere ankete katılanların büyük çoğunluğu kadınların hastalara daha iyi bakacağı düşüncesindedir.

Literatürde ailede temel bakıcılık rolünün kadınlara verildiğini (Gökalp, 2003) ve bu rollerin medya tarafından pekiştirildiğini dile getiren çalışmalar (Ş. Kaya, 2011: 121) söz konusudur. Mollaoğlu ve arkadaşları (2011: 126) tarafından bir üniversite hastanesinde yatmakta olan inmeli hastalar üzerinde yapılan çalışmada da hastalara %68,5 oranında kadınların, %31,5 oranında erkeklerin bakım verdiği ifade edilmektedir. Dolayısıyla kadınların hastalara daha iyi bakacağı düşüncesinin uygulamalara da yansıdığı dile getirilebilir.

Toplumlarda kadınlara verilen duygusallık, duyarlılık, şevkatli olma gibi roller onların evde yardıma ve bakıma muhtaç kişilere daha çok bakım hizmeti vermelerine neden olabilmektedir. Toplumumuzda kadınlara daha çok hasta bakıcılık rolü verilmesi de bakıcılık işlerini kadınların üstlenmelerinde etkili olabilmektedir. Ayrıca kadınların özel alanda ev hanımlığı ile ilişkilendirilmeleri evde hasta bakıcı rollerini sürdürmelerine zemin hazırlayabilmektedir.

5.7. Cinsiyet - Beden Algısı İlişkisini Gösteren Bulgular

Tablo 5.7.1. Cinsiyet- Beden ve Kilodan Memnun Olma İlişkisi

		Erkek			Kadın			X ²	sd	p
		Evet	Hayır	Top.	Evet	Hayır	Top.			
Bedeninden Memnun Olma	N	196	43	239	159	69	228	9,638**	1	0,002
	%	82,0	18,0	100	69,7	30,3	100			
Kilosundan Memnun Olma	N	181	58	239	134	94	228	15,288**	1	0,000
	%	75,7	24,3	100	58,8	41,2	100			

** p< 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Toplumda bireylerin sahip olduğu beden algıları onların sağlık düzeylerini biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak etkileyebilmektedir. İdeal bir beden imajına sahip olamayan kişiler sosyal yaşamdan kendilerini soyutlayabilmekte, çeşitli psikolojik problemler yaşayabilmektedirler. Ayrıca kendi bedenleriyle barışık olmayan kişiler sağlıklarını tehdit edici uygulamalara başvurarak sağlıklarını kaybedebilmektedirler.

Tablo 5.7.1.'de görüleceği üzere cinsiyet ile bedeninden ve kilosundan memnun olma arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p=0,000). Kadınlar erkeklere oranda daha fazla oranda bedenlerinden ve kilolarından memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Kalafat ve arkadaşları (2008: 44) ve Arslan ve Ceviz (2007: 214-219) tarafından yapılan araştırmada da benzer bir şekilde kadınların erkeklere göre bedenlerinden daha az memnun oldukları ve kilolarından memnun olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Kadınların kilolarından ve bedenlerinden memnun olmayışlarının en önemli nedenlerinden biri, toplumda ve medya aracılığıyla zayıf ve güzel kadın bedenlerinin ön plana çıkarılmasıdır. Kadınlar ideal bir bedene sahip olabilmek için diyet, spor, çeşitli cerrahi girişimler gibi uygulamalara başvurabilmektedir. Ancak bu tarz uygulamalarda bulunamayan ya da istediği sonuca ulaşamayan kadınların ruh sağlıkları olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Aynı zamanda ideal bedene ulaşmak için tercih edilen yanlış uygulamalar da kadınların sağlıklarını bozabilmektedir.

Kadınların toplumda erkeklere göre bedensel olarak daha ön planda olmaları da kilo ve bedenden memnun olmamaya davetiye çıkarabilmektedir.

5.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Analizleri

Araştırmada “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II” ölçeğinden elde edilen eksik veriler incelenmiş, tesadüfi olarak dağıldıkları görülmüştür. Eksik veriler seri ortalaması tekniği ile tamamlanmıştır. Veri setinde normallik ve doğrusallık varsayımının karşılanması güçleştiren uç değerler Mahalanobis uzaklık katsayısı kullanılarak incelenmiştir. Analiz sonunda normallik ve doğrusallık varsayımını bozan 9 kişiye ait veri analizden çıkarılmış, başlangıçta 469 olan katılımcı sayısı 460’a düşmüştür. Bundan sonraki analizler 460 kişi üzerinden yapılmış, analiz sonucunda verilerin basıklık değeri -.098, çarpıklık değeri .120, ortalama $\bar{X} = 100.67$ (SS= .76), medyan=100.00, minimum değer 56, maksimum değer 147 olarak hesaplanmıştır. Kolmogorov-Smirnov değeri .151 (p <.05), Shapiro-Wilk değeri .487 (p <.05) bulunmuştur. Bu değerler kabul edilebilir düzeyde olduğu için (Kalaycı, 2005) verilerin normallik ve doğrusallık varsayımlarını karşıladıkları kabul edilmiştir. Değişkenlerin varyans dağılımları normal olduğu için analizlerde parametrik testler tercih edilmiş, t-testi, korelasyon ve tek değişkenli varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

Aşağıda sırası ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 5.8.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Puanlarının Cinsiyete Göre t-Testi Sonuçları

Değişkenler	Erkek(N=234)		Kadın(N=224)		t	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Sağlık Sorumluluğu	19.716	5.039	21.542	4.781	-3.974**	.000
Fiziksel Aktivite	15.473	4.866	14.926	4.706	1.222	.222
Beslenme	20.850	4.203	21,974	4.163	-2.873**	.004
Kişiler Arası İlişkiler	24.203	4.605	25.112	4.576	-2.117*	.035
Stres Yönetimi	18.539	3.899	19.095	3.787	-1.548	.122

** $p < 0.01$ düzeyinde anlamlıdır.

* $p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 5.8.1, katılımcıların sağlık sorumluluğu ($t_{(456)}=-3.974$, $p < .01$), beslenme ($t_{(456)}= -2.873$, $p < .01$), ve kişiler arası ilişkiler ($t_{(456)}=2.117$, $p < .05$) puanlarının, cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Kadınların sağlık sorumluluğu ($\bar{X} = 21.542$), beslenme ($\bar{X} = 21,974$) ve kişiler arası ilişkiler ($\bar{X} = 25.112$) puanları, erkeklerin sağlık sorumluluğu ($\bar{X} = 19.716$), beslenme ($\bar{X} = 20,850$) ve kişiler arası ilişkiler ($\bar{X} = 24.203$) puanlarından daha yüksektir.

Ülkemizde kadın ve erkeklerin sağlık davranışlarını ele alan çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarında sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler ile cinsiyet arasında bir takım ilişkilerin var olduğu tespit edilmiştir. Aşağıda sırası ile sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler ile cinsiyet arasındaki ilişkiyiye ait bilgiler ve bu konuda yapılmış olan çalışmaların bulgularına yer verilmektedir.

Kişilerin kendilerinde bir hastalık belirtisi hissettiklerinde sağlık kuruluşuna başvurmaları, var olan belirtilerini hekime anlatmaları, sağlık personeline sağlıkları hakkında sorular sormaları, gazete, TV, internet vasıtasıyla sağlıkları konusunda

bilgiler elde etmeleri, sağlık eğitimleri almaları ve daha sağlıklı olabilmek için başkalarından öneriler almaları sağlık sorumluluğunu gösteren davranışlardır.

Araz ve arkadaşlarının (2007: 117) sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı üzerine yaptıkları araştırmaya göre kadınlar erkeklere oranla televizyon, radyo gibi kitle iletişim araçlarıyla sağlık konusunda daha fazla bilgi edinmektedirler. Koçak ve Bulduklu (2010: 11) yaşlıların televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme motivasyonları konusunda bir çalışma yapmışlardır. Çalışma bulgularına göre televizyondan sağlık bilgisi edinen erkeklerin oranı %41.9 iken, kadınlarda oran %58.1'dir. Ayrıca çalışmada kadınların erkeklere göre sağlık programlarını daha sık izlediklerine ait bulgular söz konusudur. Bulduklu (2010: 81) televizyonda yayınlanan sağlık programları ve izleyicileri konusunda bir araştırma yapmıştır. Araştırmada sağlık programlarına telefonla bağlanan kişilerin çoğunun (%56) kadınlardan oluştuğu ifade edilmektedir. Söz konusu çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda kadınların medya aracılığıyla sağlıkla ilgili bilgilere daha çok ulaştıkları, dolayısıyla daha çok sağlık sorumluluğu davranışları sergiledikleri düşünülebilir.

Medya aracılığıyla sağlık bilgisi edinmenin yanısıra genel olarak sağlık sorumluluğu davranışları ile cinsiyet ilişkisini ele alan çalışmalar da söz konusudur. İlhan ve arkadaşları (2010: 37) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt grubu puan ortalaması, erkek öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007: 416) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada da benzer bir sonuç ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada da kadınların sağlık sorumluluğu alt boyutundaki puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Ayrıca Tuygar ve Arslan (2015: 62) ile Kostak ve arkadaşları (2014: 192) tarafından yapılan çalışmalarda da kadınların sağlık sorumluluğu davranışları puanlarının erkeklerin sağlık sorumluluğu puanlarından yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Yapılan çalışmada diğer çalışmalara benzer şekilde cinsiyet ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişki istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Tablu 5.8.1'de de görüleceği üzere örnekleme dâhil olan kadınlar erkeklere göre daha fazla sağlık sorumluluğu davranışı sergilemektedirler. Kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık davranışı gösterme nedenlerinden biri erkeklere göre uyumlu bir yapıya sahip olmaları

olabilir. Uyumlu yapıya sahip olan kadınlar hasta rolünü daha kolay benimseyebilmektedirler. Bu nedenle hasta olduklarında sağlık hizmetlerinden daha çok faydalanabilmektedirler.

Kadınlarda sağlık sorumluluğu davranışının daha fazla görülmesinin bir diğer nedeni kadın ve erkeklerin sahip oldukları roller olabilir. Kadınların anne rolüne sahip olmaları sağlıkla ilgili konulara daha duyarlı hale gelmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca bu bulgu kadınların erkeklerden daha fazla oranda sosyal ağı sahip olmalarının ve çeşitli kitle iletişim araçları ile daha fazla sağlık bilgisi edinmelerinin sağlık sorumluluğu davranış düzeylerini artırması ile açıklanabilir.

Sağlık sorumluluğunu yanısıra beslenme de kişilerin sağlık davranışlarındandır. Kişilerin dengeli ve düzensiz beslenmeleri sağlıkları açısından son derece önemlidir. Çünkü dengeli ve düzenli beslenmeyen kişiler çeşitli hastalıklara yakalanabilmektedirler. Beslenme ile cinsiyet arasında ilişki kuran çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Ayten (2013, 18-19), Şimşek ve arkadaşları (2007: 21), Ünal ve arkadaşları (2009), Tuygar ve Arslan (2015: 62) ile Kostak ve arkadaşları (2014) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre beslenmelerine daha çok dikkat ettikleri bulgusuna ulaşılmıştır. Ayrıca Vançelik ve arkadaşları (2007: 244) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada, kız öğrencilerin beslenme ile ilgili daha çok bilgiye sahip olduklarını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmada da benzer bir sonuç ortaya çıkmış; örnekleme dâhil olan kadınların erkeklerden daha yüksek beslenme puanına sahip oldukları bulgusuna ulaşılmıştır.

Kadınların beslenme konusunda daha duyarlı olmalarının çeşitli nedenleri olabilir. Bu nedenlerden biri kadınların annelik, ev hanımlığı gibi rolleri ile ilişkilendirilebilir. Kadınların ev içinde beslenme ile ilgili konularda rollerinin bulunması, beslenme konusunda daha bilgili ve duyarlı olmalarını beraberinde getirebilmektedir. Ayrıca kadınlar ince bir bedene sahip olma ideallerini gerçekleştirebilmek için de beslenmelerine dikkat edebilmektedirler. Günümüzde özellikle medya aracılığıyla güzel ve zayıf kadın bedenlerinin vurgulanması sonucunda, kadınlar bu şekilde bir bedene sahip olabilmek için çeşitli uygulamalara

başvurabilmektedirler. Aynı zamanda toplumda kadınların sebze, meyve gibi hafif yiyeceklerle; erkeklerin et ve yağlı yiyecekler gibi ağır yiyeceklerle ilişkilendirilmeleri de erkek ve kadınların beslenme şekillerini etkileyebilmektedir.

Sağlığı sadece biyolojik olarak algılamak mümkün değildir. Çünkü sağlık ve hastalığın sosyal boyutları da söz konusudur. Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bir alt boyutu kişilerarası ilişkilerdir. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler kurmak, yakın arkadaşlarına zaman ayırmak, başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek, sevdiği kişileri kucaklamak, yakın dost edinmek için çabalamak gibi davranışlar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kişilerarası ilişkiler alt boyutunu oluşturmaktadır.

Örnekleme dâhil olan kişilere uygulanan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinde, cinsiyet ile kişilerarası ilişkiler alt boyutu arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,035$). Kadınların kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanları erkeklerin puanlarından yüksektir. Bu sonuç bizlere kadınların erkeklere göre daha çok kişilerarası ilişkilerde bulunduklarını göstermektedir. Cinsiyet ve kişilerarası ilişkiler arasında ilişki kuran başka çalışmalar da bulunmaktadır. Ayten (2013: 18-19), Tuygar ve Arslan (2015: 62), Kostak ve arkadaşları (2014: 192), Kalafat ve Kincal (2008: 45) tarafından yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere oranla daha çok kişilerarası ilişkilerde bulunduğu ifade edilmektedir.

Kadınların erkeklere göre daha iyi düzeyde kişilerarası ilişkiler kurmaları onların daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilemelerine yol açıyor olabilir. Kadınların erkeklere göre çevresindekilerle daha iyi ilişkiler kurmalarının nedenlerinden biri toplumsallaşma süreciyle açıklanabilir. Toplumsallaşma sürecinde kadınların sosyal ağ odaklı olmaları, daha iyi kişilerarası ilişkiler kurmalarına neden olabilmektedir. Erkeklere göre daha çok sosyal sermayeye sahip olan kadınlar, kişilerarasındaki ilişkilerinde sağlık bilgileri edinebilmektedirler. Kadınların duygularını, problemlerini başkalarına daha kolay bir şekilde aktarmaları çevresindeki kişilerle daha iyi iletişim kurmalarına neden olabilmektedir. Oysa erkeklerin duygularını bastırmaları, bağımsız olmak istemeleri problemlerini başkalarına anlatmalarına ve yardım istemelerine engel olabilmektedir. Toplumlarda evde bakım

vericilik rolünün kadınlarla ilişkilendirilmesi, kadınların sağlık konusunda daha duyarlı olmalarına neden olabilmektedir. Sağlık konusunda daha duyarlı olan kadınlar ise herhangi bir sağlık problemi yaşadıklarında bu durumu başkalarına kolaylıkla aktarabilmektedirler. Sonuç olarak da sağlık bilgisi edinerek hastalıktan kurtulmak için çeşitli davranışlar sergileyebilmektedirler. Oysa sağlıkla ilgili konularda kadınlara oranla daha az konuşan erkekler yeteri kadar sağlık bilgisi edinme ve sosyal destek sağlama konusunda problem yaşayabilmektedirler.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarından biri de fiziksel aktivitedir. Kişilerin fiziksel aktivitede bulunmaları, spor yapmaları sağlıklarını fiziksel, sosyal ve psikolojik bağlamda güçlendirebilmektedir. Literatüre bakıldığında zaman toplumsallaşma (Goldberg, 2010: 117;Terre, 2013), erkeksi cinsiyet rolleri (Connell, 1998: 123), eğitim süreci (Sancar, 2013: 253; Rudman ve Glick, 2008: 9), toplumsal ve kültürel engeller (Ergin, 2014) gibi sebeplerden dolayı erkeklerin kadınlara göre daha fazla egzersiz yaptıkları ve sportif faaliyetlerde bulundukları ifade edildiği görülmektedir. Tel ve Köksalan'ın (2008: 267) akademisyenler, Ermiş ve arkadaşlarının (2015: 39) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada da erkeklerin kadınlara göre daha çok spor yaptıkları belirtilmiştir. Bilgili ve Ayaz (2006: 83) tarafından yapılan araştırmada kadınların %97,7'si spor yapma olanağından yoksun olduklarını ifade etmişlerdir. Ancak yapılan çalışmada cinsiyet ile fiziksel aktivite arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Karaman'ın daha çok geleneksel bir yapıya sahip olan bir kent olduğu ifade edilebilir. Bu nedenle kişiler daha sağlıklı olmak için fiziksel aktivitede bulunma oranı düşük oranlarda karşımıza çıkabilmektedir.

Günümüzde kişilerin sağlık düzeyini etkileyen önemli faktörlerden biri strestir. Stres sonucunda bedensel, sosyal ve ruhsal olarak çeşitli sağlık problemleri yaşanabilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarında biri de stres yönetimidir. Yeterince uyumak, her gün rahatlamak için zaman ayırmak, yaşamda değiştiremeyecek şeyleri kabullenmek, uyumadan önce güzel şeyler düşünmek ve stresi önleyici davranışlar stres yönetimi ile ilgilidir. Literatürde kadın ve erkekler arasındaki eşitsizlik neticesinde kadınların daha çok strese maruz kaldıkları (Gökelp, 2003), kadınlarla erkeklerin stres faktörlerinin farklılaştığı (Dökmen, 2010:

182), kadınların erkeklere göre stres belirtilerini daha çok fark ettikleri (Goldberg, 2010: 135) ifade edilmektedir. Ayrıca Ayten (2013: 18-19) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre stres yönetiminde daha başarılı oldukları belirtilmektedir. Ancak yapılan çalışmada bu doğrultuda bir bulguya ulaşılmamıştır. Bu yönde bir bulgunun ortaya çıkması örnekleme ait özelliklerden kaynaklanabilir.

Tablo 5.8.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Yaş ve Gelir Arasındaki Korelasyon

Değişkenler	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Kişiler Arası İlişkiler	Stres Yönetimi
Yaş (N=458)	.131**	-.093*	.152**	.089	.001
Gelir(N=409)	.012	.062	-.029	-.010	-.006

** p< 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

* p< 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaş ve gelir düzeyi arasındaki korelasyonun ele alındığı Tablo 5.8.2 incelendiğinde, yaş ile sağlık sorumluluğu ($r=0.131$, $p<.01$) ve beslenme ($r= 0.152$, $p<.01$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı, yaş ile fiziksel aktivite arasında düşük düzeyde negatif ve anlamlı ($r= -0.093$, $p<.05$) bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre yaş arttıkça sağlık sorumluluğu ve beslenme puanları yükselmekte, fiziksel aktivite puanları düşmektedir. Aynı çizelgede ele alınan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile gelir düzeyi arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Ayten'in (2013: 20) üniversite öğrencileri üzerine yaptığı araştırmaya göre yaş ile sağlık davranışı arasında olumlu ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Söz konusu araştırmada katılımcıların yaşı arttıkça daha çok sağlık davranışı gösterdikleri ifade edilmektedir. Benzer bir sonuç Karadeniz ve arkadaşlarının (2008: 499) üniversite öğrencilerinin sağlık davranışları üzerine yaptıkları çalışmada ortaya konulmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin yaşı arttıkça sağlık sorumluluğu davranışlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Toplumda kişilerin yaşı ilerledikçe sağlık problemleri artabilmektedir. Çünkü gençlik yıllarının ardından kişilerin bedenleri gün geçtikçe gszleŖebilmektedir. Bu nedenle kişiler yaşları arttıkça sağlıklarına kavuşmak ya da sağlıklarını korumak için sağlık sorumluluğu davranışlarını daha çok sergileyebilmektedirler. Aynı zamanda yaşın artışı ile sağlıkla ilgili bilincin ve duyarlılığın artmasıda sağlık sorumluluğu davranışların daha çok gösterilmesine neden olabilir. Sağlıklarına kavuşmak ya da sağlıklarını korumak isteyen kişiler beslenmelerine de dikkat etmektedirler. Çünkü kişilerin hasta ya da sağlıklı olmaları beslenmeleri ile ilişkilidir.

Yapılan araştırmada kişilerin yaşları arttıkça egzersiz yapma düzeylerinin azaldığı sonucu ortaya çıkmıştır. Tel ve Köksalan'ın (2008: 268) akademisyenlerin spor etkinlikleri üzerinde yaptıkları araştırmaya göre de benzer bir Ŗekilde kişilerin yaşları arttıkça sportif etkinliklerinde azalma görülmektedir. Yaş arttıkça sportif etkinliklerin azalmasının sebebi fiziksel güç ile ilişkilendirilebilir. Yaşlı kişilerin spor yapmak için yeteri kadar g ve enerjiye sahip olmamaları ya da çeşitli sağlık problemleri yaşamaları egzersiz ve spor yapmalarına engel olabilmektedir. Yaşlı kişilerin spor ve egzersiz yapmamalarının bir diğer nedeni bedensel görünüşün eskisi kadar önemli olmamasından da kaynaklanabilmektedir. Gençler güzel, yakışıklı ya da zayıf bir vcoda sahip olmak için spor ve egzersiz yapmayı daha çok tercih edebilmektedirler.

Yapılan çalışmada kişilerin gelir düzeyi ile sağlık davranışları arasında bir ilişki görülmemektedir. Ancak bazı çalışmalarda tam tersi bir durum söz konusudur. Örneğin İlhan ve arkadaşları (2010: 42) tarafından niversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada ekonomik durumu çok iyi olanların egzersiz alt puan ortalaması, kişilerarası destek alt grup ortalaması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplam puan ortalaması, ekonomik durumu orta ve iyi olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bilgili ve Ayaz (2009: 499) tarafından, kadınların sağlıklarını geliştirici davranışları ve bunları etkileyen etmenler üzerinde çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada uygulanan sağlıklı yaşam biçimi davranışları lğinde yeterli gelire sahip olanların ve sosyoekonomik durumu iyi olanların sağlık algılarının daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmada yeterli gelire sahip olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha çok sahip oldukları ifade edilmektedir. Koçoğlu ve

Belgin'in (2009: 149) yapmış oldukları çalışmada da gelir seviyesi en düşük olan grubun ve ekonomik durumunu kötü olarak algılayanların diğer gruba göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının daha düşük olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca bu çalışmada sınıfsal bir sıralama yapıldığında düşük statüden yüksek statüde bulunanlara doğru sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ortalamasının giderek arttığı ifade edilmektedir.

Tablo 5.8.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Hayatın En Uzun Döneminin Geçirildiği Yerleşim Birimine Göre ANOVA Sonuçları

Değişkenler	Büyükşehir (N=39)	Şehir (N=237)	İlçe (N=55)	Kasaba (N=23)	Köy (N=51)	F	p
	$\bar{X}$ (SS)	$\bar{X}$ (SS)	$\bar{X}$ (SS)	$\bar{X}$ (SS)	$\bar{X}$ (SS)		
Sağlık Sorumluluğu	20,74(3,91)	20,81(5,31)	20,16(4,48)	19,87(4,57)	19,94 (4.50)	.867	.503
Fiziksel Aktivite	15,95(4.86)	15,00(4.82)	15,20 (4.39)	16,47(3.95)	15,00(5.32)	1.010	.411
Beslenme	20,96(3.34)	21,58(4.45)	21,04(4.03)	20,39(3.16)	21,49(4.18)	.617	.687
Kişiler Arası İlişkiler	24,86(4.63)	25,02(4.64)	24,38(4.16)	22,52(4.59)	23,71(4.68)	1.900	.093
Stres Yönetimi	19,08(3.94)	18,90(3.89)	18,49((3.80)	18,74(3.66)	18,56(3.88)	.275	.927

Tablo 5.8.3'te sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşamın en uzun döneminin geçirildiği yerleşim birimine göre karşılaştırma sonuçları görülmektedir. Yurt dışında yaşayanların sayısı az olduğu için (3) analize dâhil edilmemişlerdir. Analiz sonuçları katılımcıların sağlık sorumluluğu ($F_{(5-452)} = 0.867$, $p > .05$), fiziksel aktivite ($F_{(5-452)} = 1.010$, $p > .05$), beslenme ($F_{(5-452)} = 0.617$, $p > .05$), kişiler arası ilişkiler ($F_{(5-452)} = 1.900$, $p > .05$) ve stres yönetimi ($F_{(5-452)} = 0.275$, $p > .05$) puanlarının yaşadıkları yere göre farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Koçoğlu ve Belgin'in (2009:149) sosyoekonomik eşitsizlikler ile sağlık davranışlarının ilişkisini ele alan çalışmalarında yaşıntısının büyük bölümünü köyde geçirenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının diğer bölgelerde yaşamış olanlardan

daha düşük düzeyde olduğu dile getirilmiştir. Yapılan araştırma Karaman kent merkezine ait altı mahallede gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla örnekleme dâhil olan tüm katılımcılar hayatlarının büyük bir kısmını büyükşehirde, ilçede, kasabada ya da köyde geçirseler de kent merkezinde yaşamaktadırlar. Bu nedenle araştırma sonucunda hayatın en büyük kısmının geçirildiği yerleşim birimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki çıkmamış olabilir.

Tablo 5.8.4. : Medeni Duruma Göre ANOVA Sonuçları

Değişkenler	Hiç evlenmemiş (N=114)	Evli (N=294)	Dul (N=52)	F	p	Çoklu karşılaştırma sonuçları
	$\bar{X}$ (SS)	$\bar{X}$ (SS)	$\bar{X}$ (SS)			
Sağlık Sorumluluğu	19,52(5.13)	20,88(5.02)	21,04(4.67)	3,289*	,038	Hiç evlenmemiş<Dul
Fiziksel Aktivite	16,08(4.84)	14,91(4.76)	14,73(4.74)	2,699	,068	
Beslenme	20,34(4.51)	21,63(4.12)	22,04(4.24)	4,557*	,011	Hiç evlenmemiş<Dul
Kişiler Arası İlişkiler	24,05(4.72)	24,74(4.69)	24,81(4.82)	,952	,387	
Stres Yönetimi	19,14(3.98)	18,52(3.89)	19,34(3.70)	1,665	,190	

** p< 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

* p< 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 5.8.4'te sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının medeni duruma göre karşılaştırma sonuçları görülmektedir. Eşi vefat edenler ve eşinden boşananların sayısı az olduğu için “dul” başlığı altında toplanmışlar ve tek bir grupta analize dâhil edilmişlerdir. Analiz sonuçları katılımcıların sağlık sorumluluğu ($F_{(2-457)}= 3.289$, $p < .05$) ve beslenme ($F_{(2-457)}= 4.557$, $p < .05$) puanları arasında medeni durumlarına göre anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte fiziksel aktivite ($F_{(2-457)}= 2.699$, $p > .05$), kişiler arası ilişkiler ($F_{(2-457)}= 0.952$, $p > .05$) ve stres yönetimi ($F_{(2-457)}= 1.665$, $p > .05$) puanları medeni durumlarına göre farklılaşmamaktadır.

Sağlık sorumluluğu ve beslenmeye ilişkin farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla varyans homojenliği test sonuçları .05'in üstünde bulunduğu için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre dul katılımcıların sağlık sorumluluğu puan ortalamaları ($\bar{X} = 21.04$), hiç evlenmemiş katılımcıların sağlık sorumluluğu puan ortalamalarından ($\bar{X} = 19.52$) daha yüksektir. Yine dul katılımcıların beslenme puan ortalamaları ($\bar{X} = 22.04$), hiç evlenmemiş katılımcıların beslenme puan ortalamalarından ($\bar{X} = 20.34$) daha yüksektir.

İlhan ve arkadaşları (2010: 41) tarafından üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada öğrencilerin medeni durumlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, evli olanların beslenme alt grubu puan ortalaması bekârlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Koçoğlu ve Belgin'in (2009: 149) yaptıkları çalışmada dul olanların evli ve bekârlara oranla sağlık davranışı puan ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere medeni durum ve sağlık davranışlarının ilişkisini ele alan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Kişilerin medeni durumları ile sağlık davranışları arasında ilişki bulunmaktadır. Evli kişilerin bekâr olanlara göre daha çok sorumluluğa sahip olmaları sağlıklarına daha çok dikkat etmelerine neden olabilmektedir. Ayrıca evli kişilerin bekârlara oranla daha çok sosyal desteğe sahip olmaları daha sağlıklı olmalarını beraberinde getirebilmektedir. Yapılan çalışmada dul olan kişilerin bekârlara oranla daha çok sağlık sorumluluğu ve beslenme davranışı gösterdikleri ortaya çıkmıştır. Dul olan kişilerin sorumluluklarının daha fazla olması bu yönde bir sonuç çıkmasına yol açmış olabilir.

Tablo 5.8.5. : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Okula gitmemiş (N=38)	İlkokul mezunu (N=123)	Ortaokul mezunu (N=70)	Lise mezunu (N=107)	Üniversite ve lisansüstü mezunu (N=122)	F	P	Çoklu karşılaştırmaya sonuçları
	$\bar{X}$ (SS)	$\bar{X}$ (SS)	$\bar{X}$ (SS)	$\bar{X}$ (SS)	$\bar{X}$ (SS)			
Sağlık Sorumluluğu	20,79(5.01)	21,32(4.89)	20,22(5.46)	19,66(4.63)	20,71(5.21)	1,694	,150	
Fiziksel Aktivite	13,50(4.45)	14,50(4.73)	14,75(4.90)	15,27(4.79)	16,56(4.64)	4,588*	,001	Okula gitmemiş, İlkokul mezunu < Üniversite ve lisansüstü mezunu
Beslenme	20,79(4.59)	22,42(4.01)	20,84(4.38)	20,54(4.03)	21,46(4.38)	3,391*	,009	Lise mezunu < İlk okul mezunu
Kişiler Arası İlişkiler	25,58(5.32)	24,65(4.95)	23,97(5.52)	24,12(4.00)	24,95(4.31)	1,163	,326	
Stres Yönetimi	18,37(3.37)	18,58(3.98)	18,14(4.11)	18,51(3.80)	19,66(3.85)	2,352	,053	

** $p < 0.01$ düzeyinde anlamlıdır.

* $p < 0.05$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 5.8.5'te sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırma sonuçları görülmektedir. Hiç okula gitmemiş ve sadece okuryazar olanları sayısı az olduğu için "okula gitmemiş" adı altında birleştirilerek, lisansüstü eğitim alanların sayısı az olduğundan onlar da üniversite mezunları grubuna dâhil edilerek analizler yapılmıştır. Analiz sonuçları katılımcıların fiziksel aktivite ($F_{(4-455)} = 4.588$, $p < .01$) ve beslenme ($F_{(4-455)} = 3.391$, $p < .01$) puanları arasında eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte sağlık sorumluluğu ($F_{(4-455)} = 1.694$, $p > .05$), kişiler arası ilişkiler ($F_{(4-455)} = 1.163$, $p > .05$) ve stres yönetimi ($F_{(4-455)} = 2.352$, $p > .05$) puanları medeni durumlarına göre farklılaşmamaktadır.

Fiziksel aktivite ve beslenmeye ilişkin farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla varyans homojenliği test sonuçları .05'in üstünde bulunduğu için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre üniversite ve lisansüstü mezunlarının fiziksel aktivite puan ortalamaları ($\bar{X} = 16.56$), okula gitmemiş ($\bar{X} = 13.50$) ve ilkokul mezunu ($\bar{X} = 14.50$) olanların fiziksel aktivite puan ortalamalarından daha yüksektir. İlkokul mezunu katılımcıların beslenme puan ortalamaları ($\bar{X} = 22.42$), lise mezunu katılımcıların beslenme puan ortalamalarından ($\bar{X} = 20.54$) daha yüksektir.

Yalçinkaya ve arkadaşları (2007: 417) sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmaya göre eğitim seviyesi yükseldikçe, egzersiz yapma alt boyutu dışında diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutların puan ortalamasının arttığı gözlenmektedir. Benzer bir sonuç Bilgili ve Ayaz (2009: 499) tarafından kadınların sağlıklarını geliştirici davranışları ve etkileyen etmenler üzerine yaptıkları çalışmada ortaya konulmuştur. Çalışmada eğitim düzeyi düştükçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azaldığı ortaya çıkarılmıştır.

Kaplan ve Akkaya'nın (2013) toplumsal tabaka farklılıklarının spora yansıyan sonuçları üzerinde yaptıkları çalışmada, alt tabakadan üst tabakaya çıkıldıkça, düzenli spor yapma yılının arttığı görülmektedir. Ayrıca bu çalışmada alt tabakayı temsil eden grubun daha çok fiziksel güce dayalı, savunma- saldırı türü uzak doğu sporlarını, üst tabakayı temsil eden grubun ise eğlence ve hazzın ön planda olduğu yüzme ve tenis gibi sportif faaliyetleri tercih ettikleri ifade edilmektedir. Çalışmada üst tabakanın sporu öncelikle sağlık ve eğlence için yaptıkları, alt sınıfın para kazanmak ya da statü yükseltmek için yaptıkları dile getirilmektedir.

Eğitim kişilerin yaşam şekillerini, hayat algılarını, boş zaman faaliyetlerini etkileyebilmektedir. Bu tür faktörler ise kişilerin daha sağlıklı ya da hasta olmalarına neden olabilmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin sağlıkla ilgili bilinç düzeyinin artması, sağlığı koruyucu davranışlar göstermelerine neden olabilmektedir. Sağlığı koruyucu davranışlardan biri de egzersiz yapma ve sportif faaliyetlerde bulunmadır. Araştırma sonuçlarında görüleceği üzere lisansüstü ve lisans mezunu kişiler, okuryazar olmayan ve ilkokul mezunlarına göre daha çok egzersiz yapmaktadırlar.

Genel olarak söylemek gerekirse eğitim seviyesi yükseldikçe kişilerin beslenmelerine daha çok dikkat edecekleri öngörülebilir. Çünkü eğitim düzeyinin yükselmesi ile kişiler beslenme ile bilgilere daha çok sahip olabilmektedirler. Ancak yapılan çalışmada ilkokul mezunlarının lise mezunlarına oranla daha yüksek beslenme puanlarına sahip oldukları görülmektedir. Bu durum bizlere sadece eğitim sürecinde değil, medya, sosyal ağ gibi birçok faktör tarafından da sağlıklı beslenmeye dair bilgilerin edinildiğini gösterebilmektedir.



SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık ve hastalığın biyolojik kökenlerinin yanısıra toplumsal ve psikolojik kökenleri de bulunmaktadır. Sosyolojinin bir alt alanı olan sağlık sosyolojisi sağlık ve hastalığın toplumsal kökenlerini ele almaktadır. Toplumlarda kişilerin sağlık statüleri, sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, riskli sağlık davranışları ile çeşitli toplumsal faktörler arasında ilişki bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları kentte ya da kırdaki yaşam, eğitim düzeyi, din, meslek, yaşam biçimi, aile yapısı, sosyoekonomik seviye, göçtür.

Toplumlarda bireylerin sağlık statüsü, sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyi, sağlıklı ve riskli sağlık davranışları gibi faktörlerle ilişkili faktörlerden biri, toplumsal cinsiyettir. Kişilerin hem biyolojik cinsiyetleri hem de toplumsal cinsiyetleri sağlık ve hastalıkları üzerinde etkili olabilmektedir. Bu çalışma toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini ortaya koyma çabasıdır. Ancak hastalıkların biyolojik etkenlere sıkı bağı, zaman zaman toplumsal cinsiyetin hastalık ve sağlık üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır.

Cinsiyetin sağlık üzerine etkisi ilk olarak biyolojik bağlamda açıklanabilir. Biyolojik açıklamalara göre erkek ve kadınların sağlık ve hastalık düzeyi arasındaki fark biyolojik faktörlere bağlıdır, bu nedenle kişilerin daha sağlıklı hale gelmelerinde tıbbın büyük bir rolü bulunmaktadır. Ancak kadın ve erkek sağlığı arasında psikolojik ve toplumsal faktörlere bağlı farklılaşmalar da bulunmaktadır. Bu nedenle bir toplumda kadın ve erkeklerin daha sağlıklı ve uzun ömürlü olmaları isteniyorsa, sağlık ve hastalık düzeyleri üzerinde etkili olan toplumsal faktörlerin açığa çıkarılması ve bu yönde bir takım çözüm önerilerinin ortaya konulması gerekmektedir.

Çalışmanın uygulama bölümünde örneklemden elde edilen verilere göre cinsiyet ve çeşitli sağlık problemleri arasındaki ilişki olup olmadığına yönelik analiz yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre kadınlar kas-iskelet sistemi hastalığı, mide hastalığı, kansızlık, migren vb. baş ağrıları, alerji, tiroit hastalığı, depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu ve kemik erimesi problemlerine erkeklere göre daha çok yakalandıklarını dile getirmişlerdir. Ayrıca çalışmada erkeklerin kadınlara göre sağlıklarını daha iyi değerlendirdikleri ortaya çıkmıştır.

Cinsiyet ve hastalık davranışı ilişkisine dair bulgulara göre kadınlar kendilerini erkeklere oranla hastalıklara karşı dayanıksız hissettiklerini dile getirmişlerdir. Ancak hastalık davranışlarından olan ilaç kullanma, ruhsal sıkıntıyı başkalarına ifade etme, ruhsal sıkıntı durumunda sağlık kuruluşuna başvurma, hastalandığında yeteri kadar istirahat etme, hastalığını kabullenme, hastalığını başkalarına ifade etme ve alternatif tıp kullanma ile cinsiyet arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Cinsiyet ve sağlığı koruyucu davranışlar arasındaki ilişkilerin de ele alındığı çalışmada cinsiyet ile güzel ve yakışıklı görünmek için diyet yapma, diş fırçalama, sağlığı hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olma arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak sağlıklı yaşamak için diyet yapma ile cinsiyet arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla sağlıklı yaşamak için diyet yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Cinsiyet ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişkiye dair bulgulara göre erkeklerin kadınlara göre daha fazla uyuşturucu madde kullandıkları, kavga sonucunda yaralandıkları, trafik kazası geçirdikleri, sigara ve alkol kullandıkları; kadınların ise erkeklere göre daha çok ev kazası geçirdikleri sonucuna ulaşılmıştır. Örneklemeye dâhil olan kişilerin ailelerinde en çok erkeklerin kadınlar üzerinde şiddet uyguladıkları görülmüştür.

Cinsiyet ile sağlık hizmetlerinden faydalanma ve bakım vericilik arasındaki ilişkilerin ele alındığı bulgulara göre erkekler hastalandıklarında kadınlara oranla sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadırlar. Aynı zamanda kadınlar hastalandıklarında evde bulunan ilaçları daha fazla kullanmaktadırlar. Oysa erkekler rahatsızlık durumunun zamanla geçmesini beklemeyi daha çok tercih etmektedirler.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre cinsiyet ile hastalık durumuna sağlık kuruluşuna başvurmak için başkasından izin alma, sağlık kontrolünden geçme, diş hekimine gitme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Ancak cinsiyet ile sağlık giderini karşılayan kurum arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Örneklemeye katılan kadınlar erkeklere oranla daha çok sağlık güvencesine ve yeşil karta sahiptirler. Cinsiyet ile evde bakım hizmetleri arasındaki ilişkiye dair bulguya göre örneklemeye

dâhil olan kişiler aile içinde biri hastalandığında ona en iyi kadınların bakacağını dile getirmişlerdir.

Toplumda kişilerin sağlığını etkileyen bir diğer husus beden algısıdır. Cinsiyet ile beden algısı arasındaki ilişkiye bakıldığında kadınların erkeklere oranla bedenlerinden ve kilolarından memnun olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada örnekleme katılan kişilere “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II” ölçeği uygulanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden elde edilen bulgulara göre kadınların sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanları daha yüksek bulunurken, cinsiyet ile stres yönetimi ve fiziksel aktivite puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindenki etkilerini ele alan bu çalışmada cinsiyet ile sağlık statüsü, hastalık davranışları, sağlığı koruyucu davranışlar, riskli sağlık davranışları, sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyi, beden algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye dair bir takım bulgular elde edilmiştir. Söz konusu bulgulara göre erkek ve kadınların sağlık düzeylerini yükseltmek için çeşitli önerilerde bulunulabilir. İlk olarak erkeklerin sağlık hizmetlerinden daha çok faydalanmaları ve hastalıklarına daha çok tanı konulması için kamu spotları ve medya aracılığıyla sağlıkla ilgili çeşitli bilgiler elde etmeleri sağlanabilir.

Ayrıca erkeklerin sağlıklı yaşamak için diyet yapma, beslenme gibi sağlığı koruyucu davranışların yanısıra sigara ve alkol kullanma, uyuşturucu madde kullanma, trafik kazası geçirme gibi riskli sağlık davranışları hakkında medya ve sağlık kuruluşları aracılığı ile çeşitli bilgiler verilebilir. Böylelikle erkeklerin sağlık davranışları artırılabilir.

Araştırmada cinsiyet ile ilaç kullanma, sağlık kontrolünden geçme, diş hekimine gitme davranışı arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak örnekleme dâhil olan kişiler çeşitli yanlış ilaç kullanma davranışları sergileyebilmektedirler. Aynı zamanda kişiler yeterince sağlık kontrolünden geçmemekte ve diş hekimine gitmemektedirler. Bu

nedenle kişilerin daha sağlıklı olmaları için ilaç, sağlık kontrolü ve dış hekimine gitme ile ilgili bilgiler verilmesi önerilebilir.

Kadınların beden algısının daha olumlu hale gelebilmesi için medyada kadın bedenlerinin ön plana çıkarılmaması, ideal kadın bedeninden ziyade sağlıklı kadın ve erkek bedenlerinin ön plana çıkarılması, eğitim sürecinde ya da medya aracılığıyla kişilerin bedensel farklılıklar konusunda daha duyarlı olmalarının gerektiği vurgulanabilir.

Kişilerin sağlıkları hakkında bilgilere sahip olmaları için bedenlerini tanımaları gerekmektedir. Bu bağlamda kadınların yanısıra erkeklerin bedenlerini daha iyi tanımalarına yönelik çeşitli uygulamalarda bulunulabilir. İşyerlerinde, kamusal alanlarda, sağlık kuruluşlarında ya da medya aracılığı ile kadın ve erkek bedenleri, hastalık belirtileri gibi konularda bilgiler verilebilir.

Sağlık hizmetlerinin hastalara daha etkin bir şekilde sunulması için sağlık çalışanları toplumsal cinsiyet konusunda bilgilendirilebilir. Hatta bu bilgilendirmeler bölgesel düzeyde de yapılabilir. Çünkü ülkemizin farklı bölgelerinde erkek ve kadınlardan beklenen toplumsal cinsiyet rolleri ve kadın-erkek eşitsizlik düzeyi değişiklik gösterebilmektedir. Toplumdaki erkek ve kadınlar arasındaki farklılıklar konusunda daha çok bilgiye sahip olan sağlık çalışanları, bu faktörleri göz önünde bulundurarak etkili sağlık hizmeti verebilirler. Böylelikle erkek ve kadınların sağlığı daha çok geliştirilebilir.

Toplumlarda kadın ve erkekler arasında çeşitli eşitsizlikler bulunabilmektedir. Söz konusu eşitsizlikler ise erkek ve kadınların sağlık ve hastalıkları üzerinde çeşitli etkilere sahip olabilmektedir. Bu nedenle ilk olarak aile içinde rol ve sorumlulukların dağılımı konusunda eşitlikçi bir yapının ortaya konulması gerekmektedir. Aile içindeki sosyal rollerin paylaşımı konusunda eğitim kurumlarında, kitle iletişim araçlarında bilgiler verilebilir. Bu bağlamda toplumda normal olarak görülen şeyleri tekrar düşünmek ve empati kurma yeteneği oluşturmak son derece önemlidir.

Bu araştırmanın sonuçları sadece Karaman'a ve seçilen örnekleme dâhil kişilerin cevaplarını içermektedir. Bu nedenle genellenemez. Ancak bu konuda yapılacak başka

alışmalarla çeşitli genellemelere ulaşılabilir. Dolayısıyla bu konu üzerinde başka çalışmaların yapılması önerilebilir. Toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerine etkilerini ele alan çalışmalar çeşitli zaman aralıkları ile yapılırsa, değişim gözler önüne serilebilir. Aynı zamanda sadece şehir merkezin değil, kırsal kesimlerin de örnekleme dâhil edildiği çalışmaların yapılması önerilebilir.

Araştırmada sağlık hizmetlerini kullanma, riskli sağlık davranışları, sağlık davranışları gibi konularda veriler toplanmış ve cinsiyetler arasında çeşitli farklılıklara rastlanmıştır. Ancak kişilerin erkek ve kadınların sağlık hizmetlerini neden kullandıkları ya da kullanmadıkları, riskli sağlık davranışlarını ya da sağlık davranışlarını gösterme nedenleri derinlemesine sorgulanmamıştır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda söz konusu faktörlerin derinlemesine sorgulanması toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini daha detaylı olarak gün yüzüne çıkarabilir.

Ek- 1 Tablolar

Tablo 1 İlk Kez Alkol Kullanma Yaşının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları

Değişkenler	Erkek (N=94)		Kadın(N=24)		t	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Sigara Kullanma	17.80	3.98	20.04	3.00	-2.578*	0.011

* p< 0.05 düzeyinde anlamlıdır

Tablo 2 İlk Kez Sigara Kullanma Yaşının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları

Değişkenler	Erkek (N=142)		Kadın(N=77)		t	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Sigara Kullanma	16.69	4.91	19.14	5.08	-3.485**	0.001

** p< 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3. Aile İçinde Şiddet Uygulama Frekans Tablosu

Aile İçi Şiddet	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Evet	27	5,8	5,8
Hayır	440	93,8	94,2
Toplam	467	99,6	100,0
Cevapsız	2	,4	
Toplam	469	100,0	

Ek 2. Anket Formu

Bu anket formu Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Ana Bilim Dalında hazırlanmakta olan “Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Sağlık ve Hastalık: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması (Karaman Örneği)” başlıklı doktora tez çalışmasının saha araştırmasına yönelik soruları içermektedir. Araştırmada toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık üzerindeki etkileri konu edilmektedir. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar, sonuçların sağlıklı ve gerçekçi bir şekilde ortaya çıkmasına neden olacaktır. Cevaplamaları rahat yapabilmemiz için kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Katkınız için teşekkür ederim.

Arş. Gör. Oya ERYİĞİT GÜNLER

(Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyoloji Bölümü)

1) Cinsiyetiniz nedir?

a) Erkek b) Kadın

2) Kaç yaşındasınız?.....

3) Şu ana kadar hayatınızın en uzun kısmını geçirdiğiniz yerleşim yeri neresidir?

a) Büyükşehir b) Şehir c) İlçe d) Kasaba e) Köy f) Yurt Dışı

4) Medeni durumunuz nedir?

a) Hiç evlenmemiş b) Evli c) Boşanmış d) Eşi ölmüş e) Diğer (yazınız).....

5) Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur- yazar değil b) Sadece Okur- Yazar c) İlkokul mezunu d) Orta okul mezunu

e) Lise ve dengi mezunu f) Üniversite mezunu g) Lisansüstü mezunu

6) Mesleğiniz nedir?.....

7) Aylık ortalama hane geliriniz ne kadar?.....

8) Aşağıdaki sağlık problemlerinden hangilerine sahipsiniz? Doktor tarafından teşhis edilen hastalıklarınızı işaretleyiniz.

	Sağlık Problemleri	Var	Yok	Bilmiyorum	Dr. Tarafından teşhis edildi
8.1	Şeker Hastalığı				
8.2	Yüksek Tansiyon				
8.3	Yüksek kolesterol				
8.4	Romatizma				
8.5	Kalp Hastalığı				
8.6	Solunum sistemi hastalığı (Astım, bronşit, KOAH vb.)				
8.7	Kas- İskelet sistemi hastalığı(Bel- boyun-sırt ağrısı vb.)				
8.8	Mide hastalığı (ülser vb.)				
8.9	Kansızlık				
8.10	Migren vb. şiddetli baş ağrısı				
8.11	Alerji (Alerjik rinit, yiyecek alerjisi vb.)				
8.12	Tiroit Hastalığı				
8.13	Cinsel yolla bulaşan hastalık (Gonore, Sifiliz vb.)				
8.14	Depresyon				
8.15	Anksiyete (Endişe- Kaygı bozukluğu)				
8.16	Yeme bozukluğu (Anoreksia nervosa, Bulimia vb.)				
8.17	Diğer Ruhsal Hastalıklar				
8.18	Kanser				
8.19	Karaciğer hastalığı (Siroz, karaciğer yetmezliği gibi)				
8.20	Kemik erimesi (Osteoporoz)				
8.21	Diğerleri (Lütfen belirtiniz.....)				

9) Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirir siniz?

a. Mükemmel b. Çok iyi c. İyi d. Fena değil e. Kötü

10) Çalıştığınız işten dolayı çeşitli meslek hastalıklarına maruz kalma riskiniz var mı?

a) Evet b) Hayır

11) Eğer cevabınız “evet” ise hangi meslek hastalığına karşı riske sahipsiniz?.....

12) Hastalıklara karşı dayanıklı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

13) Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğe çarpı (X) işareti koyarak belirtiniz

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
13.1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
13.2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
13.3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
13.4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
13.5	Yeterince uyurum				
13.6	İnsanları başarıları için takdir ederim				
13.7	Şekeri ve tathıyı kısıtlarım				
13.8	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
13.9	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım(Hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
13.10	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
13.11	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
13.12	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
13.13	Sağlık personeline (hemşire, aile hekimi vb.) önerilerini almak için soru sorarım				
13.14	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				
13.15	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
13.16	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
13.17	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
13.18	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
13.19	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fiziki aktiviteler yaparım				
13.20	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
13.21	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
13.22	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
13.23	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
13.24	Haftada en az üç kere kas güçlendirme (Kol, sırt, karın egzersizi gibi) egzersizleri yaparım				
13.25	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım (stres anında nefes alma egzersizi, çeşitli bedensel egzersizler gibi)				
13.26	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
13.27	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
13.28	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim (Vücutta sonradan ortaya çıkabilecek ben, kitle, şişlik vb. takibi gibi)				
13.29	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
13.30	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
13.31	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				

13.32	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
13.33	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
13.34	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
13.35	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım (Nefes alma, meditasyon, yoga, bisiklete binmek, yürüyüş yapmak vb.)				
13.36	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
13.37	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
13.38	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
13.39	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
13.40	Yorulmaktan kendimi korurum				
13.41	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
13.42	Kahvaltı yaparım				
13.43	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				

14. Aşağıdaki ifadelere katılıyor musunuz?

		Sıklıkla	Bazen	Çok nadir	Hiç
14.1	Hastalandığımda, doktor tarafından önerilen bütün ilaçları bitene kadar kullanırım				
14.2	Hastalandığımda, doktor tarafından önerilen bütün ilaçları iyileşene kadar kullanırım				
14.3	Hastalandığımda doktora danışmadan güvendiğim kişilerin önerdiği ilaçları kullanırım				
14.4	Hastalandığımda doktora danışmadan evde bulunan ilaçları kullanırım				
14.5	Coşku, öfke, kızgınlık gibi duygularımı rahatlıkla ifade edebilirim				
14.6	Yalnızlık, korku üzüntü gibi duygularımı rahatlıkla ifade edebilirim				
14.7	Ruhsal bir sıkıntı olduğunda bunu kabul edip rahatlıkla ifade edebilirim				
14.8	Ruhsal bir sıkıntı olduğunda rahatlıkla sağlık kuruluşuna başvurabilirim				
14.9	Sağlıklı yaşamak için diyet yaparım				
	Daha güzel ya da yakışıklı görünmek için diyet yaparım				
14.10	Dişlerimi düzenli olarak fırçalarım				
14.11	Sağlığımın kötüye gideceğini sanıyorum				
14.12	Hastalandığımda yeteri kadar istirahat ederim				
14.13	Hastalandığımda bunu rahatlıkla kabul ederim				
14.14	Hastalandığımda bunu rahatlıkla başkalarına ifade edebilirim				

15) Aşağıdaki sorulara “evet” ya da “hayır” şeklinde cevap veriniz.

		Evet	Hayır
15.1	Yaşamınızda hiç trafik kazası geçirdiniz mi?		
15.2	Yaşamınızda hiç ev kazası geçirdiniz mi?		
15.3	Yaşamınızda yaralandığınız ya da bir hastanede tedavi olmak zorunda kaldığınız bir kavganın içinde bulundunuz mu?		
15.4	Yaşamınızda ciddi olarak intihar etmeyi düşündünüz mü?		
15.5	Yaşamınızda intihar girişiminde bulundunuz mu?		
15.6	Yaşamınız boyunca hiç uyuşturucu madde kullandınız mı?		

15.7	Yaşamınız boyunca doktor önerisi olmadan sakinleştirici hapları ve iğneleri kullandınız mı?		
15.8	Bedeninizi şekillendirmek ve daha güzel ya da yakışıklı görünmek için doktor tavsiyesi dışında zayıflama ilaçları (hap, toz, sıvı vb.) kullandınız mı?		
15.9	Bedeninizi şekillendirmek ve daha güzel ya da yakışıklı görünmek için doktor tavsiyesi dışında protein tozu ta da steroid gibi ilaçları kullandınız mı?		
15.10	Bedeninizden memnun musunuz?		
15.11	Kilonuzdan memnun musunuz?		
15.12	Sağlığınız hakkında yeteri kadar bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?		

16) Araba kullanırken ya da arabada seyahat ederken emniyet kemeri takar mısınız?

a. Evet **b.** Hayır **c.** Bazen

17) Sigara kullanıyor musunuz?

a. Hiç kullanmadım **b)** Ara sıra kullanıyorum **c)** Düzenli olarak kullanıyorum **d)** Eskiden kullanıyordum şimdi bıraktım

18) İlk kez sigara kullandığınızda kaç yaşındaydınız?

a. Hiç sigara kullanmadım **b.** yaşındaydım

19) Alkol kullanıyor musunuz?

a. Hiç kullanmadım **b)** Ara sıra kullanıyorum **c)** Düzenli olarak kullanıyorum **d)** Eskiden kullanıyordum şimdi bıraktım

20) İlk kez alkol kullandığınızda kaç yaşındaydınız?

a. Hiç alkol kullanmadım **b.** yaşındaydım

21) Alkollüyken araba kullanır mısınız?

a. Araba kullanmıyorum **b.** Evet **c.** Hayır **d.** Bazen

22) Ailenizde şiddet uygulayan birisi var mı?

a) Evet **b)** Hayır

23) 22. soruya cevabınız “evet” ise şiddeti uygulayan kişi kimdir?..... (Lütfen cinsiyet belirtiniz)

Şiddet uygulayan kişi kimlere şiddet uyguluyor?..... (Lütfen cinsiyet belirtiniz)

24) Bedeninizde herhangi bir rahatsızlık hissettiğinizde genellikle ilk olarak ne yaparsınız?

a) Hastaneye giderim **b)** Evde bulunan ilaçlardan kullanırım **c)** Eczaneden ilaç alıp kullanırım

d) Geleneksel tıbbi uygulamalara başvururum **e)** Rahatsızlığın zamanla geçmesini beklerim

25) Hastalandığınızda sağlık kuruluşuna ne zaman başvurursunuz?

a) Hemen giderim **b)** Birkaç gün sonra giderim **c)** Bir hafta sonra giderim **d)** Hiç gitmem **e)** Diğer.....

26) Hastalandığınızda sağlık kuruluşuna gitmek için başkasından izin alır mısınız?

a. Evet **b.** Hayır **c.**Bazen

27) Daha önce hiç hasta olmadığınız halde sağlık kontrolü yaptırdığınız oldu mu?

a. Evet **b.** Hayır

28) Diş hekimine ne zaman başvurursunuz?

a) Diş hekimine gitmem **b)** Diş problemim ortaya çıktığında giderim **c)** Diş problemim olmasa da kontrol için giderim

29) Hastalandığınızda alternatif tıp (Şişe çekme, hacamat, bitkisel çaylar, şifalı otlar, akupunktur gibi) tedavilerine başvurur musunuz?

- a. Evet b. Hayır c. Bazen

30) Sağlık giderlerinizi hangi kurum karşılıyor?

- a. Sağlık giderimi karşılayan bir kurum yok b. Emekli Sandığı c. Bağ-kur
d. SSK e. Özel Sigorta f. Yeşil Kart

31) Sizce aile içinde birisi hastalandığı zaman, ona en iyi bakım hizmetini erkekler mi yoksa kadınlar mı sağlar?

- a. Erkekler b. Kadınlar

32) Gittiğiniz doktorun cinsiyetinin hangisi olmasını tercih edersiniz?

- a) Kadın b) Erkek c) Cinsiyeti önemli değil

33) Tedavinizin uygulayıcısı konumunda olan hemşirenin cinsiyetinin hangisi olmasını tercih edersiniz?

- a) Kadın b) Erkek c) Cinsiyeti önemli değil

KAYNAKÇA

Adak, Nurşen (2005), “Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık”, *Kurumlara Sosyolojik Bakış*, Ed. Sevinç Güçlü, İstanbul: Birey Yayıncılık, s.417-460.

Akın, A. (2007), “Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayrımcılığı ve Sağlık”, *Toplum Hekimliği Bülteni*, Cilt: 26, Sayı: 2.

Akın, A., Demirel, S. (2003), “Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri”, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* (4), s. 73-82.

Akın, M. H. (2011), *Toplumsallaşma Sözlüğü*, Konya: Çizgi Kitabevi

Akiyama, H., Antonucci, T. (2002), “Gender Differences in Depressive Symptoms: Insights From A Life Span Perspective On Life Stages and Social Networks”, *Social Networks and Health*, Ed. Judith A. Levy and Bernice A. Pescosolido, Oxford: Elsevier.

Altınay A. G., Arat, Y. (2007), *Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet*, İstanbul: Punto.

Annandale, E., Hunt K. (2000), *Gender Inequalities in Health*, Philadelphia: Open University Press.

Annandale, Ellen, Clark, Judith (1996), “What Is Gender? Feminist Theory and the Sociology of Human Reproduction”, *Sociology of Health & Illness*, Vol:18, No.1, s. 17-44.

Annandale, Ellen, Clark, Judith (2000), “Gender, Postmodernism and Health”, *Health, Medicine and Society: Key Theories, Future Agendas*, Ed. Simon J. Williams, Jonathan Gabe, Michael Calnan, New York: Routledge.

Araz, A., Harlak, H., Meşe, G. (2007), “Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2), 112-122.

Arıca, S. G., Arıca, V., Arı, M., Özer, C. (2011), “Adolesanda Yeme Bozuklukları” , *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt.2, Sayı:5.

Aronson, E., Wilson T. D., Akert R. M. (2012), *Sosyal Psikoloji*, Çev. Okhan Gündüz, İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Arsel, C. O., Durak Batıgün, A., (2011), “İntihar ve Cinsiyet: Cinsiyet Roller, İletişim Becerileri, Sosyal Destek ve Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme”, *Türk Psikoloji Dergisi*, 29(68), s. 1-10.

Arslan, C., Ceviz, D. (2007), “Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt: 21, Sayı: 5.

Arslan, M., Duru, M., Kuvandık, G., Bozkurt, S., Kaya, E. (2008), “Hatay’da İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Analizi”, *Adli Tıp Dergisi*, Cilt:22, Sayı:3, s. 9-14.

Aslan, S. Halime (2001), “Beden İmgesi ve Yeme Davranışı Bozuklukları ile Medya İlişkisi, *Düşünen Adam*, 14(1), s.41-47.

Ayten, A. (2013), “Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, Cilt: 13, Sayı: 3, s. 7-31.

Backett, K. C. (1990), “Studying Health in Families: A Qualitative Approach”, *Readings in Medical Sociology*, Ed. Sarah Cunningham- Burley and Neil P. McKeganey, London: Routledge.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008), “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II’NİN Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması”, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12: s. 1-13.

Baloğlu, Burhan (2006), *Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*, İstanbul: Der Yayınları.

Baloğlu, Burhan (2009), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, İstanbul: Der Yayınları. 4. Basım.

Bates, L. M., Hankivsky O., Springer K. W. (2009), “Gender and Health Inequalities: A Comment on the Final Raport of the WHO Comission on the Social Determinants of Health”, *Social Science and Medicine*, Vol: 69.

Batıgün, A. D. (2008), “İntihar olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Yalnızlık ve Umutsuzluk Açısından Bir İnceleme”, *Türk Psikoloji Dergisi*, Aralık, 23(62), s. 65-75.

Beauvoir, Simone De (1993), *Kadın İkinci Cins*, Çev. Bertan Onaran, Panel Yayınevi: İstanbul, 8. Baskı.

Berger, P. L., Luckmann, T. (2008), *Gerçekliğin Sosyal İnşası Bir Bilgi Sosyolojisi İncelemesi*, Çev. Vefa Saygın Öğütle, İstanbul: Paradigma Yayıncılık.

Bilgili, N., Ayaz, S. (2009), “Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8 (6), s.497-502.

Bilgin, U. E., Meral, O., Koçak, A., Aktaş, E. Ö., Kıyan, S., Altuncı, Y. A. (2013), “2011 Yılında Trafik Kazası Sonucu Ege Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Adli Tıp Boyutuyla İncelenmesi”, *Ege Tıp Dergisi*, Cilt:52, Sayı:2, s.93-99.

Bingöl, Orhan (2014), “Toplumsal Cinsiyet Olgusu ve Türkiye’de Kadınlık”, *KMÜ Sosya ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Sayı 16 (Özel Sayı), s. 108-114.

Bird, C. E., Rieker P. P. (1999), “Gender Matters: An Integrated Model for Understanding Men’s and Women’s Health”, *Social Science and Medicine*, Vol:48, No: 6.

Bird, C. E., Rieker P. P. (2008), *Gender and Health The Effects of Constrained Choices and Social Policies*, New York: Cambridge University Press

Biricik, A. (2008), “Erkek Adam Ezberini Bozmak Üzerine: Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Sisteminin Resmi, Söylem Üzerinden Kurgulanması”, *Cinsiyet Halleri Türkiye’de Toplumsal Cinsiyetin Kesişim Sınırları*, Der. Nil Mutluer, İstanbul: Varlık Yayınları.

Blood, S. K. (2005), *Body Work The Social Construction of Women's Body Image*, London: Routledge.

Bolsoy, Nursen, Sevil, Ümran (2006), “Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:9, Sayı: 3, s. 78-87.

Boratav, Hale B., Sunar, Diane, Ataca, Bilge (2001), “Duyguları Sergileme Kuralları ve Bağlamsal Belirleyiciler: Türkiye’de Üniversite Öğrencileri ile Yapılan Bir Çalışma”, *Türk Psikoloji Dergisi*, Cilt:26, Sayı:68, s. 90-101.

Bozok, M. (2011), *Soru ve Cevaplarla Erkeklikler*, İstanbul: SOGEP.

Bradby, H. (2009), *Medical Sociology An Introduction*, London: SAGE.

Broom, D. (1995), “Maskuline Medicine, Feminine Illness: Gender and Health”, *Sociology of Health and Illness: Australian Readings*, Ed. Gillian M. Lupton and Jake M. Najman, Melbourne: Macmillan.

Browne, Ken (2006), *Introducing Sociology For As Level*, Cambridge: Polity Press.

Browne, Ken (2011), *An Introduction to Sociology*, Cambridge: Polity Press. Fourth Edition.

Bulduklu, Yasin (2010), “Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:24, s.75-85.

Bulgu, N., Koca Arıtan, C., Aşçı, F. H. (2007), “Gündelik Yaşam, Kadın ve Fiziksel Aktivite”, *Spor Bilimleri Dergisi*, 18 (4), 167-181.

Bulut, S. (2013), “Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici; Fiziksel Aktivite”, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 70(4), s.205-214.

Burr, V. (2012), *Sosyal İnşacılık*, Çev. Sibel Arkonaç, Ankara: Nobel.

Butler, J. (2008), *Cinsiyet Belası Feminizm ve Kimliğin Altüst Edilmesi*, (Çev. Başak Ertür), İstanbul: Metis Yayıncılık.

- Canatan, Kadir (2016), *Beden ve Beyan*, İstanbul: Mana Yayınları.
- Cirhinlioğlu, Z. (2010), *Sağlık Sosyolojisi*, Ankara: Nobel Yayınları.
- Cockerham, William C., Scambler, Graham (2010), “Medical Sociology and Sociological Theory”, *Medical Sociology*, Ed. William C. Cockerham, Malden: Blackwell Publishing.
- Cockerham, William. C. (2007), *Social Causes of Health and Disease*, Cambridge: Polity Press.
- Cockerham, William. C., Ritchey, F. J. (1997), *Dictionary of Medical Sociology*, Greenwood Press: Press: Westport.
- Connell, R. (2012), “Gender, Health and Theory: Conceptualizing the Issue, in Local and World Perspectives”, *Social Science and Medicine*, Vol: 74.
- Connell, R. V. (1998), *Toplumsal Cinsiyet ve İktidar*, (Çev. Cem Soydemir), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Cooke, Cheryl L. (2008), “Feminist Frameworks for Nursing Practice With Women”, *Women’s Health Care in Advanced Practice Nursing*, Ed. Catherine Ingram Fogel, Nancy Fugate Woods, New York: Springer Publishing.
- Coşkun, A., Özdilek, R. (2012), “Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sağlığa Yansıması ve Kadın Sağlığı Hemşiresinin Rolü”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), s. 30-39.
- Courtenay, W. H. (2000), “Construction of Masculinity and Their Influence on Men’s Well- Being A Theory of Gender and Health”, *Social Science and Medicine*, 50(10), s. 1385-1401.
- Crawley S. L., Foley L. J., Shehan C. L. (2008), *Gendering Bodies*, Maryland: The Rowman&Littlefield Publishing.

Crawshaw, P.(2007), “Governing the Healthy Male Citizen: Men, Masculinity and Populer Health in Men’s Health Magazine”, *Social Science and Medicine*, Vol: 65.

Çabuklu, Y. (2004), *Toplumsal Sınırında Beden*, İstanbul: Kanat Kitap.

Çabuklu, Y. (2006), *Bedenin Farklı Halleri*, İstanbul: Kanat Kitap.

Çatak, B., Öner, C, Baştürk, S., Karaali, O., Oğuz, İ., Özbek, R. (2015), “İkinci Ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları Acil Servislerine İntihar Girişimi Nedeniyle Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi”, *Nobel Medicus*, Cilt 11. Sayı: 1, s. 37-42.

Çelik, Hilal, Kocabıyık, Oya Onat (2014), “Genç Yetişkinlerin Saldırganlık İfade Biçimlerinin Cinsiyet ve Bilişsel Duygu Düzenleme Tarzları Bağlamında İncelenmesi”, *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt:4, Sayı:1, s.139-155.

Dean, K, Colomer C., Perez- Hoyos S. (1995), “Resaarch on Lifestyle and Health: Searching for Meaning”, *Social Science and Medicine*, Vol:41, No:6.

Demez, G.(2005), *Kabadayıdan Sanal Delikanlıya Değişen Erkek İmgesi*, İstanbul: Babil Yayınları.

Demren, Ç. (2008), “Kadınlık Dolayımıyla Erkeklik Öznelliği”, *C. Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:32, No:1, S. 73-92.

Doğan, O., Kocacık, F. (2006), “Ruh Sağlığı ve Bozukluklarının Sosyolojisi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Sayı: 7, s. 109-120.

Donovan, Josephine (2009), *Feminist Teori*, Çev. A. Bora, M. Ağduk Gevrek, F. Sayılan, İstanbul: İletişim Yayınları.

Doyal, L. (2009), “Health”, *A Companion to Gender Studies*, Ed. P. Essed, D. T. Goldberg, A. Kobayashi, Malden: Blackwell Publishing.

Doyal, L., Payne, S., Cameron, A. (2003), “Promoting Gender Equality in Health”, *School for Policy Studies University of Bristol*, Manchester: Equal Opportunities Comission.

Dökmen, Z. Y. (2010), *Toplumsal Cinsiyet*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Eagly, A., Wood, W., Diekman, A. B. (2012), “Social Role Theory of Sex Differences and Similarities: A current Appraisal”, *The Developmental Social Psychology of Gender*, Ed. Thomas Eckes, Hanns Martin Trautner, Psychology Press: New York.

Eagly, Alice H. (2002), “Social Role Theory of Sex Differences and Similarities”, *Encyclopedia of Women and Gender*, Ed. Judith Worell, California: Academic Press.

Ecevit, Yıldız (2011), “Toplumsal Cinsiyet Sosyolojisine Başlangıç”, *Toplumsal Cinsiyet Sosyolojisi*, Açık öğretim Fakültesi Yayınları: Eskişehir. s. 2-29.

Ecevit, Yıldız. (2003), “Toplumsal Cinsiyetle Yoksulluk İlişkisi Nasıl Kurulabilir? Bu İlişki Nasıl Çalışılabilir?”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4),s. 83-88.

Elçik, G., Ecevit, Y. (2013), “Cinsellik ve Beden”, *Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları*, Ed. Yıldız Ecevit ve Nadide Kalkıner, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2. Baskı.

Entwistle, Joanne. (2012), “Cinsiyet/Toplumsal Cinsiyet”, (Çev. İlkay Şahin), *Temel Sosyolojik Dikotomiler*, Ed. Chris Jenks, Ankara: Birleşik Yayınevi: Ankara.

Erdoğan, İ. (2014), “Erkek Dergilerinde Sağlıklı Erkek Neden İdeal Erkektir? Men’s Health Dergisi’nde Hegemonik Erkeklik ve Popüler Sağlık Söylemi”, *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, Özel Sayı: 3, s. 133-154.

Ergin, A. B. (2014), “Obezitenin Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi”, *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1 (1), s. 41-54.

Ermiş, E., Doğan, E., Erili, N. A., Satıcı, A. (2015), “Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Örneği”, *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, Cilt.6, Sayı:1, s. 30-40.

Fichter, J. (2009), *Sosyoloji Nedir?*, (Çev. Nilgün Çelebi), Ankara: Anı Yayıncılık.

Fothergill, Anne (2003), “Gender Issues”, *The Handbook of Community Mental Health Nursing*, Ed. Ben Hannigan, Michael Coffey, New York: Routledge.

Fraim, N. L. (2012), “Kadına Karşı Fiziksel Şiddetin Biyopsikososyal Sonuçları”, *Uluslararası Katılımlı Kadına ve Çocuğa Karşı Şiddet Sempozyumu*.

Gabe J., Bury M., Elston M. A. (2005), *Key Concepts in Medical Sociology*, London: SAGE.

Giddens, A. (2005), *Sosyal Teorinin Temel Problemleri*, (Çev. Ümit Tatlıcan), İstanbul: Paradigma Yayıncılık.

Giddens, A. (2012), *Sosyoloji*, Yay. Haz. Cemal Güzel, (Çev. Hüseyin Özel), İstanbul: Kırmızı Yayınları.

Goldberg, H. (2010), *Erkek Olmanın Tehlikeleri*, (Çev. Selçuk Budak), Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Goleman, D. (2002), *Duygusal Zekâ*, İstanbul: Varlık Yayınları.

Gough, B. (2013), “Promoting Nutrition in Mens Health”, *Lifestyle Medicine*, Ed. James M. Rippe, Boca Raton: CRC Press.

Göçgeldi, E, Uçar, M., Açikel, C. H., Türker, T., Hasde, M., Ataç, A. (2009), “Evlerde Artık İlaç Bulunma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(2), s.113-118.

Gökalp, Peykan G., (2003), “Stres Anksiyete ve Kadın”, Ed. A. Akın, *Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın*, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi: Ankara, s. 165-173.

Gökalp, S., G. Doğan, B., Tekçiçek, M., Berberoğlu, A., Ünlüer, Ş. (2007), “Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili Türkiye-2004, *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, Cilt:31, Sayı: 4, s. 11-18.

Gökdağ, R. (2011), “Toplumsal Cinsiyet”, *Sosyal Psikoloji: II*, Ed. Sezen Ünlü, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Grogan, S. (2008), *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Man, Women and Children*, New York: Routledge.

Güçlü, Nezahat (2001), “Stres Yönetimi”, *G. Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt:21, Sayı:1, s.91-109.

Güleç, Hüseyin (2012), “Hastalık Davranışını Değerlendirme Ölçeği’nin Türkçeye Uyarlanması ve Geçerlilik ve Güvenilirliği: Bir Ön Çalışma”, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, Sayı: 25, s. 140-146.

Güler N., Tel H., Özkan Tuncay F. (2005), “Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (2), s. 51-56.

Helgeson, Vicki S. (2017), *Psychology of Gender*, New York: Routledge.

Hepworth, J. (1999), *The Social Construction of Anorexia Nervosa*, London, SAGE Publications.

Holmes, M. (2007), *What is Gender? Sociological Approaches*, London: SAGE.

Ilman, E. Zeynep (2015), “Türkiye’de Meslek Hastalıkları”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Cilt.1, Sayı:1, s.21-36.

Illich, Ivan (2011), *Sağlığın Gaspı*, Çev. Süha Sertabiboğlu, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2. Basım.

Isacco, A., Talovic, E., Chromik, L. C., Yallum, N. K. (2013), “Adressing Men’s Mental Health through a Strength-Based Approach”, *Lifestyle Medicine*, Ed. James M. Rippe, Boca Raton: CRC Press.

İlhan, M. N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F. N., Özkan, S. (2006), “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamaları”, *Toplum Hekimliği Bülteni*, Cilt:25, Sayı:3, s.33-41.

İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, L. U., (2010), “Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt.3, Sayı: 3, s. 34-44.

İnöz, M. (2012), “Klinik Psikoloji”, *Psikolojiye Giriş*, Ed. Zeynep Cemalcılar, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları.

İslamoğlu, A. Hamdi (2011), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (Spss Uygulamalı)*, İstanbul: Beta Yayınları. (2. Basım).

Kalafat, Temel, Kıncal Remzi Y. (2008), “Üniversite Öğrencilerinin Beden Memnuniyet Düzeyleri ile Sosyal Beceri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı:23, s.41-47.

Kalaycı, Şeref (2005), *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Kalkan, M., Odacı, H. (2005), “Cinsiyet ve Cinsiyet Rolünün Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlarla İlişkisi”, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 23.

Kandiyoti, D. (2011), *Cariyeler, Bacılar, Yurttaşlar*, İstanbul. Metis Yayınları.

Kaplan, Yılmaz, Akkaya Cihan (2013), “Toplumsal Tabaka Farklılıklarının Spora Yansıyan Sonuçları: Antalya Örneği”, *Mediterranean Journal of Humanities*, Cilt:3, Sayı: 2, s. 143-158.

Karadeniz, G., Yanikkerem Uçum, E., Dedeli, Ö., Karaağaç, Ö.(2008), “Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), s. 497-502.

Kasapoğlu, Aytül (2001), “Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık”, *Toplumbilim Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı*, Sayı:13. s.23-38.

Kaya, N., Turan, N., Öztürk, A. (2011), “Türkiye’de Erkek Hemşire İmgesi”, *Uluslararası İnsanbilimleri Dergisi*, Cilt.8, Sayı:1, s.16-30.

Kayaoğlu, A. (2011), “Saldırganlık”, *Sosyal Psikoloji I*, Ed. Sezen Ünlü, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Kaypakoğlu, S. (2010), *Kişilerarası İletişim: Cinsiyetler Farklılıkları Güç ve Çatışma*, İstanbul: Derin Yayınları.

Kesen, J., Topbaş, m., Gündüz, K., Yandı, M. (2004), “KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalına Trafik Kazası Sonucu Başvuran Sürücülerin Alkol Düzeyleri”, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, Cilt:4, Sayı:2, s.51-54.

Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., Yenilmez, Ç. (2013), “Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma İle İlişkisi”, *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 50:s. 344-351.

Kettel, B. (1996), “Women, Health and The Environment”, *Social Science and Medicine*, Vol:42, No:10.

Koca, C. (2006), “Beden Eğitimi ve Spor Alanında Toplumsal Cinsiyet İlişkileri”, *Spor Bilimleri Dergisi*, Cilt:17, Sayı: 2, s. 81-99.

Koca, C., Bulgu, N. (2005), “Spor ve Toplumsal Cinsiyet: Genel Bir Bakış”, *Toplum ve Bilim*, Sayı: 103, s. 163-184.

Koçak, A., Bulduklu, Y. (2010), “Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları”, *Selçuk İletişim*, Cilt:6, Sayı:3, s.5-17.

Koçoğlu, D., Akın, B. (2009), “Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), s. 145-154.

Kostak, M. A., Kurt, S., Süt, N., Akarsu, Ö., Ergül, G. D. (2014), “Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13 (3), s. 189-196.

Köknel, Ö. (1986), *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, Altın Kitaplar Yayınevi: İstanbul.

Kronenfeld, J. J. (2006), “Gender and Health Status”, *Handbook of Sociology of Gender*, Ed. Janet Saltzman Chafetz, New York: Springer.

Kuhlmann E., Babitsch B. (2002), “Bodies, Health, Gender- Bridging Feminist Theories and Women’s Health”, *Women’s Studied International Forum*, Vol:25, No:4.

Kuyumcu, Behire (2012), “Türk ve İngiliz Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik İyi Oluş Duygusal Farkındalık ve Duygularını İfade Etmelerinin Ülke ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre İncelenmesi”, *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Cilt:14, Sayı:2, s.1-24.

Küçükler, Hüdaverdi, Aksu, Atıncı (2003), “1991-2001 Yıllarında Fırat Üniversitesi Hastanesi Acil Servise Başvuran Trafik Kazası Olgularının Değerlendirilmesi”, *Turkish Journal Of Emergency Medicine*, Cilt:3, Sayı:2, s. 11-15.

Küçükşen, Kübra (2016), “Yeni Medyada Sunulan Sağlıklı Yaşam Önerilerinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi”, *Sağlık Sosyolojisi Yazıları*, Ed. Erhan Tecim, İstanbul: Açılım Kitap.

Kümbetoğlu, B. (2010), “Değersizleştirme: Kadın Bedeninin Maruz Kaldığı Şiddet”, *Dişillik, Güzellik ve Şiddet Sarmalında Kadın ve Bedeni*, Ed. Yasemin İnceoğlu, Altan Kar, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Larkin, Mary (2011), *Social Aspects of Health, Illness and Healthcare*, Berkshire: Open University Press.

Levant R.F., Pollack W. S. (1995), *A New Psychology of Men*, New York: BasicBooks

Lohan, M. (2007), “How Might We Understand Men’s Health Better? Integrating Explanations From Critical Studies on Men and Inequalities in Health”, *Social Science and Medicine*, Vol: 65.

Lorber A., Moore L. J. (2002), *Gender and Social Construction of Illness*, Walnut Creek: Altamira Press.

Macintyre S., Hunt K., Sweeting H. (1996), “Gender Differances in Health: Are Things Really As Simple As They Seem”, *Social Science and Medicine*, Vol: 42, No: 4.

Marshall, G. (2005), *Sosyoloji Sözlüğü*, Çev. Osman Akinhay, Derya Kömürçü, Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

McCrea, F. B. (2003), “Gender”, *Health and Health Care as Social Problems*, Ed. Peter Conrad, Valerie Leiter, Lanham: Rowman&Littlefield Publishers.

Metin, A. (2011), “Kimliğin Toplumsal İnşası ve Geleneksel Kadın Kimliğinin Aktarımı”, *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2 (1), s. 74-92.

Mishler, Elliot G. (1981), “The Social Construction of Illness”, *Social Contexts of Health, Illness and Patient Care*, Ed. E. G. Mishler, L.R. Amarasingham, S. D. Osherson, S. T. Hauser, N. E. Waxler, R. Liem, New York: Cambridge University Press, s.141-169.

Mollaoğlu, M., Özkan Tuncay, F., Kars Fertelli, T. (2011), “İnmeli Hasta Bakım Vericilerde Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:4, Sayı:3, s.125-130.

Momsen, J. (2010), *Gender and Development*, New York: Routledge, Second Edition.

Nettleton, Sarah (2006), *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Polity Press. Second Edition.

Nydegger, Rudy (2004), “Gender and Mental Health: Incidence and Treatment Issues”, *Praeger Guide to the Psychology of Gender*, Ed. M. A. Paludi, Wesport: Greenwood Publishing.

Oakley, A. (2005), *The Ann Oakley Reader Gender, Women and Science*, Bristol: Policy Press.

Olafsdottir, Sigrun (2013), “Social Construction and Health”, *Medical Sociology on the Move*, Ed. Willlliam C. Cockerham, New York: Springer.

Östlin, P., George, A., Sen, G. (2001), “Gender, Health, and Eguity: The Intersections”, *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, Ed. T.Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, M. Wirth, New York: Oxford University Press.

Özbaş, S., Özkan S. (2010), “Kadın Sağlığı Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), s. 541,546.

Özbay, Y., Terzi, Ş., Erkan, S. C. Çankaya, Z. (2011), “Üniversite Öğrencilerinin Profesyonel Yardım Arama Tutumları, Cinsiyet Roller ve Kendini Saklama Düzeyleri”, *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 4, s. 59-71.

Özçelik Adak, N. (2002), *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, İstanbul: Birey Yayınları.

Özen, Ercan, Genç, Erhan, Kaya, Zübeyde (2014), “Trafik Kazalarının Nedenlerine İlişkin Düşünceler ve Trafikte Farkındalık: Uşak İli Örneği”, *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, s.1-19.

Özkan, S., Özbay, O. D., Aksakal, F. N., İlhan, M. N., Aycan, S. (2005), “Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (5), s. 223-237.

Öztoprak, S. D., Günay, T. (2013), “Sağlık Açısından Toplumsal Cinsiyet ve Tütün Kontrolü”, *Turk J Public Health*, 11 (3), s. 197-206.

Öztürk, Akif (2012), “Eril Bedenselleşme: Hegemonik Erkek Bedeninin İnşası”, *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı:12. S. 39-53.

Özvarış, Ş., B. (2008), “Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, Cilt:39, Sayı: 4. s.168-174.

Pandey S. K., Hart J. J., Tiwary S. (2003), “Women’s Health and the Internet: Understanding Emerging Trends and Implication”, *Social Science and Medicine*, Vol: 56.

Paquette M. C., Raine K. (2004), “Sociocultural Context of Women’s Body Image”, *Social Science and Medicine*, Vol: 59.

Parslow R., Jorm A., Christensen H. (2004), “Gender Differances in Factors Attecting Use of Health Services: An Analysis of a Community Study of Middle- Aged and Older Australians”, *Social Science and Medicine*, Vol: 59.

Polatöz, Ö., Kuğu, N., Doğan, O., Akyüz, G. (2011), “Sivas İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı ve Bazı Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi”, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, Cilt:24, Sayı:1, s.24-31.

Poloma, M. M. (1993), *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, (Çev. Hayriye Erbaş), Ankara: Gündoğan Yayınları.

Radley, A. (2004), *Making Sense of Illness: The Social Psychology of Health and Disease*, London: SAGE.

Reed K. (2012), *Gender and Genetics Sociology of the Prenatal*, New York: Routledge.

Rieker P. P., Bird C. E., Lang M.E. (2010), “Understanding Gender and Health”, *Handbook of Medical Sociology*, Ed. Chloe E. Bird, Peter Conrad, Allen N. Fremont, Stefan Timmermannns, Tennessee: Vanderbilt University Press.

Riska, E. (2004), *Masculinity and Men’s Health*, Lanham: Rowman &Littlefield Publishers.

Riska, E. (2013), “Aging Men Resisting and Endorsing Medicalization”, *Aging Man, Masculinities and Modern Medicine*, Ed. A. Kampf, B. L. Marshall, A. Petersen, London: Routledge.

Riska, Elianne (2001), *Medical Careers and Feminist Agendas*, New York: Aldine De Gruyter.

Robertson, S. (2007), *Understanding Men and Health: Masculinities, Identity and Well-being*, New York: Open University Press.

Rudman, L. A., Glick P. (2008), *The Social Psychology of Gender*, New York: Guilford Press.

Sancar, S. (2011), “Erkeklik”, *Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları*, Ed. Yıldız Ecevit ve Nadide Karkıner, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları.

Sancar, S. (2013), *Erkeklik: İmkânsız İktidar*, İstanbul: Metis yay. 3. Baskı.

Sarı, Ö., Atılgan, K. G. (2012), *Sağlık Sosyolojisi Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar*, Konya: Karatay Akademi.

Scambler, Anette (2000), “Gender, Health and the Feminist Debate on Postmodernism”, *Modernity, Medicine and Health*, Ed. Paul Higgs Graham Scambler, New York, Roudledge.

Sezgin, D. (2015), “Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme”, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, Cilt.18, Sayı. 1, s. 153-186.

Shye D., Mullooly J. P., Freeborn D. K. (1995), “Gender Differances in the Relationship Between Social Network Support and Mortality: A Longitudinal Study on an Elderly Cohort, *Social Science and Medicine*, Vol:41, No:7.

Somunoğlu, S. (2012), “Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi”, *Sağlık Kurumları Yönetimi -I*, Ed. Mehtap Tatar, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Soygür, H., Özalp, E., Ş. Cankurtaran, E., Turhal, L., Işık, U., Çekiç, T., Şengel,A., Karakan, R. (2005), “Yeni Kurulan Bir Psikiyatri Kliniği Yataklı Servisinin İlk Beş Yüz Günü: Bir Değerlendirme Çalışması”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(3), s.170-176.

Stoller, R. J. (1984), *Sex and Gender The Development of Masculinity and Femininity*, London: Karnac.

Sütölük, Z. Savaş, N., Demirhindi, H., Özdenler, N., Akbaba, M. (2007), “Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Büyük Acil Servisi’ne Ev Kazaları Nedeniyle Başvuranların Etiyolojik ve Demografik Özellikleri”, *Toplum Hekimliği Bülteni*, Cilt:26, Sayı: 2, s. 29-34.

Şahin Kaya, Ş. (2011), “Televizyonda Kadın, Sağlık ve Hastalık”, *Sosyolojik Araştırmalar Dergisi*, Cilt: 14, Sayı: 2, s. 118-150.

Şahin, Hande (2008), “Menopoz Bir Başlangıç mı Yoksa Sonlanış mıdır: Farklı Kadınların Menopoz Deneyimleri”, *Madalyonun İki Yüzü. Hastalık ve Sağlık*, Ed. Aytül Kasapoğlu, Ankara: Phoenix yayınevi.

Şavran, T. G. (2014), “Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri: Eskişehir’de Kırsal ve Kentsel Alanlarda Kadın Sağlığı”, *Fe Dergi: Feminist Eleştiri*, Cilt:6, Sayı:1, s.97-115.

Şevik, Ali Emre, Özcan Halil, Uysal Emin (2012), “İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip”, *Klinik Psikiyatri*, Cilt:15, s.218-225.

Şimşek, Zeynep, Koruk, İbrahim, Altındağ, Abdurrahman (2007), “Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları”, *Toplum Hekimliği Bülteni*, Cilt:26, Sayı:3, s.19-24.

Tanrıverdi, G., Bedir E., Seviğ Ü. (2007), “Cinsiyetin Sağlıkla İlgili Bazı Davranış ve Görüşler Üzerindeki Etkisi”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, Cilt:6, Sayı:6.

Tarhan, N. (2010), *Kadın Psikolojisi*, İstanbul: Nesil Yayınları.

Tecim, Erhan (2014), “Algı ve Tanı/mlama Arasında Hasta Tipolojisi”, *Sosyoloji Divanı*, Sayı: 3, s. 73-84.

Tel, Havva, Ertekin Pınar Şükran (2012), “Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, Cilt:3, Sayı:2, s.61-66.

Tel, Mikail, Köksalan, Bahadır (2008), “Öğretim Üyelerinin Spor Etkinliklerinin Sosyolojik Olarak İncelenmesi: Doğu Anadolu Örneği”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt. 18, Sayı:1, s.261-278.

Terre, L. (2013), “Health Promotion and Risk Reduction in Men”, *Lifestyle Medicine*, Ed. James M. Rippe, Boca Raton: CRC Press.

Tunay Akan, Şebnem, Barışkın, Elif (2015), “Kültür ve Cinsiyet Bağlamında Berkeley Duygu İfadesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Ölçütleri”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt:26 .

Turner, B. S. (2011), *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, Çev. Ümit Tatlıcan, Bursa: Sentez Yayınları.

Tuygar, Ş. F., Arslan, M. (2015), “Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi”, *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 6, Sayı:2, s.59-66.

TÜİK, (2013), *Sağlık Araştırması 2012*, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara.

TÜİK, (2014), *Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri*, Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.

TÜİK, (2015), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*, Sağlık Bakanlığı Yayınları: Ankara.

TÜİK, (2017), *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni*, Sayı:24643.

Tümkaya, S., Özdel, O., Değirmenci, T., K. Oğuzhanoğlu, N. (2005), “Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Hastalarında Psikiyatrik Tanı ve Tedavi: Bir Yıllık Geriye Dönük Bir Araştırma”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6. s. 36-40.

Türk Meral, Gürsoy Ş. Taner, Ergin, Işıl (2007), “Kentsel Bölgede Lise Birinci Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları”, *Genel Tıp Dergisi*, Cilt.17, Sayı:2, s. 81-87.

Türk, H. Bahadır (2007), “Eril Tahakkümü Yeniden Düşünmek: Erkeklik Çalışmaları İçin Bir İmkân Olarak Pierre Bourdieu, *Pierre Bourdieu: Sosyal Bilimlerde Açılımlar Konferansı*.”

Ulukoca, Neşe, Gökgöz Şenlen, Karakoç Ali (2012), “Kırklareli Üniversitesi Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı”, *Fırat Tıp Dergisi*, Cilt:18, Sayı:4, s. 230-234.

Uluocak, Ş., Aslan, C. (2011), *Kadın Bakış Açısından Toplumsal Cinsiyet Roller*, Çanakkale: Çanakkale Kitaplığı Akademi.

User, İ. (2010), “Biyoteknolojiler ve Kadın Bedeni”, *Dişillik, Güzellik ve Şiddet Sarmalında Kadın ve Bedeni*, Ed. Yasemin İnceoğlu, Altan Kar, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Ünalan, D, Öztop, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırtak, B., Güneş, D. (2009), “Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), s.75-81.

Üner, S. (2008), *Toplumsal Cinsiyet Eşitliği*, TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara.

Ünsal, A., Akalın, İ, Yılmaz, V. (2010), “Farklı Meslek Çalışanlarının Erkek Hemşirelere İlişkin Görüşleri”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt:7, Sayı:1, s. 420-431.

Vançelik, S., Önal, S. G., Güraksın, A., Beyhun, E. (2007), “Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları ile İlişkili Faktörler”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, Cilt:6, Sayı:4, s. 242-248.

Varol, O., Eren, Ş. H., Oğuztürk, H., Korkmaz, İ., Beydilli, İ. (2006), “Acil Servise Trafik Kazası Sonucu Başvuran Hastaların İncelenmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), s. 55-60.

Vatandaş, Celalettin (2007), “Toplumsal Cinsiyet ve Cinsiyet Rollerinin Algılanışı”, *Sosyoloji Konferansları Dergisi*, Sayı:35, s.29-56.

Waldron, I. (1997), “Changing Gender Roles and Gender Differences in Health Behavior”, *Handbook of Health Behavior Research I: Pesonal and Social Determinants*, Ed. David S. Gochman, New York: Plenum Press.

Walsh, Diana C., Sorenson, Glorian, Leonard, Lori (1995), “Gender, Health and Cigarette Smoking”, *Society and Health*, Ed. Benjamin C. Amick, Sol Levine, Alvin R. Tarlov, Diana Chapman Walsh, New York: Oxford University Press.

Walsh, M. (2004), *Introduction to Sociology for Health Carers*, Cheltenham: Nelson Thomes Ltd.

White, Kevin (2009), *An Inntraduction to the Sociology of Health and Illness*, London: SAGE Publications.

Wood, Wendy, Rhodes, Nancy (1992), “Sex Differences in Interaction Stinye in Task Groups”, *Gender, Interaction , and Inequality*, Ed. Cecilia L. Ridgeway, New York: Springer.

Yaktıl Oğuz, Gürsel (2010), “Güzellik Kadınlar İçin Nasıl Vaade Dönüşür: Kadın Dergilerindeki Kozmetik Reklamları Üzerine Bir İnceleme”, *Selçuk İletişim*, Cilt:6, Sayı:3, s.184-195.

Yalçın, M., Eşsizozğlu, A., Akkoç, H., Yaşan, A., Gürgen, F. (2009), “Dicle Üniversitesi Öğrencilerinde Madde Kullanımını Belirleyen Risk Faktörleri”, *Klinik Psikiyatri*, Cilt:12, Sayı:3, s.125-133.

Yalçın, S. Barbaros (2010), “Üniversite Öğrencilerinin Duygularını İfade Edebilmelerinin Aleksitimi ve Psikolojik İhtiyaçlarına Göre İncelenmesi”, *Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Konya.

Yalçinkaya, M., G. Özer, F., Y. Karamanoğlu, A. (2007), “Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, Cilt: 6, Sayı: 6, s. 409-420.

Yaprak, P., Amman, M. T. (2009), “Sporda Kadınlar ve Sorunları”, *Türkiye Kick Boks Federasyonu Spor Bilimleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı:1, s.39-49.

Yaşar, M. R. (2007), “Depresyonun Kadınlaşması”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:17, Sayı:2, s.251-281.

Yıldırım, S., Karsen, H., Çadırcı, D. (2016), “Ev Kazaları Nedeniyle Acil Servise Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi”, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Cilt:13, Sayı:1, s. 68-73.

Yüksel, Aysun (1999), “Toplumsal Cinsiyet Olgusu ve Türkiye’deki Toplumsal Cinsiyet Kalıpyargılarının Televizyon Dizilerindeki Yansımaları”, *Kurgu Dergisi*, Sayı:16, s. 67-81.

Zeybekoğlu, Ö. (2013), *Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Erkeklik Olgusu*, Ankara: Eğiten Kitap.



T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü
Özgeçmiş



Adı Soyadı:	Oya ERYİĞİT GÜNLER
Doğum Yeri:	Karaman
Doğum Tarihi:	10.05.1980
Medeni Durumu:	Evli
Öğrenim Durumu	
Derece:	Okulun Adı:
İlköğretim:	19 Mayıs İlk Okulu
Ortaöğretim:	Yunus Emre Orta Okulu
Lise:	Karaman 70. Yıl Sağlık Meslek Lisesi
Lisans.	Selçuk Üniversitesi, Sosyoloji Bölümü
Yüksek Lisans.	Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı
Tel:	05368940297 e mail:oyaeryigit@kmu.edu.tr
Adres:	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü.

İmza: